



# **Universidade nova de Lisboa**

## **Perceções e atitudes dos imigrantes da Guiné-Bissau acerca das doenças crónicas cardiovasculares**

**Joana Raquel Mendes Leão**

**Dissertação para obtenção do grau de Mestre**

**(JULHO, 2012)**



# **Universidade nova de Lisboa**

## **Perceções e atitudes dos imigrantes da Guiné-Bissau acerca das doenças crónicas cardiovasculares**

**Joana Raquel Mendes Leão**

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de mestre em Saúde e Desenvolvimento, realizado sob orientação científica de:

Orientador: Prof. Dr. Jorge Cabral

Co-orientador: Prof. Dra. Sónia Dias

(JULHO, 2012)

**Dedico este trabalho aos meus pais, que suportaram a minha formação académica e me incentivaram ao longo da caminhada. Não estaria aqui sem o seu apoio.**

## *Agradecimentos*

---

Mais do que um mero agradecimento formal, pretendo expressar um reconhecimento sentido a todos aqueles que dedicaram o seu tempo e contribuíram com o seu saber académico para a elaboração deste projeto.

Em primeiro lugar, ao Prof. Dr. Jorge Cabral, pela disponibilidade, paciência e incentivos ao longo das revisões do trabalho.

Também à Prof. Dra. Sónia Dias, que em muito contribuiu com os seus conhecimentos e experiência, agradeço a disponibilidade demonstrada sobretudo na fase de planificação.

Por último, agradeço aos amigos Benjamim da Silva, pelo apoio e contribuição em toda a fase colheita de dados e Almamo Danfa, pelo bom ânimo.

## *Resumo*

---

O presente estudo visa conhecer as percepções e atitudes dos imigrantes da Guiné-Bissau acerca das doenças crónicas cardiovasculares, procurando compreender se o tempo de permanência em Portugal contribuiu para uma alteração das mesmas. Também se pretende explorar se o acesso a informação e a sistemas de serviços de saúde teve um papel nesse processo. Para tal elaborou-se um estudo exploratório, recorrendo à entrevista semi-estruturada como forma de colheita de dados após uma amostragem por “bola de neve”. Participaram no estudo vinte migrantes guineenses residentes na área da grande Lisboa, sendo que metade apresenta uma doença crónica cardiovascular conhecida e a outra metade não apresenta doença crónica cardiovascular conhecida. Em termos de resultados verificou-se que, de uma forma geral, este grupo de imigrantes revelou poucos conhecimentos acerca das doenças crónicas. No entanto, é relevante referir que o grupo com doença conhecida (maioritariamente seguidos em consultas dirigidas à patologia crónica) verbalizou maiores conhecimentos acerca destas doenças e de comportamentos preventivos ou de tratamento. Ainda assim, verifica-se um défice de conhecimentos junto deste grupo, o que levanta questões relacionadas com a necessidade de prevenção, diagnóstico e tratamento precoces, como forma de evitar morbilidade e mortalidade associadas a estas doenças.

Palavras-chave: doenças crónicas cardiovasculares, percepções, atitudes

## *Abstract*

---

The aim of this investigation is to study the perceptions and attitudes of Guinea-Bissau immigrants in Portugal about the cardiovascular chronic diseases. The perceptions, beliefs and attitudes adopted by these immigrants regarding the chronic cardiovascular diseases are studied in relation to the time they are living in Portugal, as well as the access they have to information and the access to the health care systems. To respond to these questions, an exploratory study was developed, using the snow ball methodology to reach and select the immigrants in the community, and semi-structured interviews to collect data. Twenty immigrants living near Lisbon were included in the study – half of them with a known cardiovascular chronic disease and the other half with no chronic cardiovascular disease known. The results showed that the whole group of participants revealed a huge lack of information regarding the prevention and treatment of chronic diseases, but the ones with a known chronic disease (mainly followed by professionals in the health care system because of their diagnosed chronic disease) proved to have significantly more knowledge about these diseases, their prevention and treatment. On the other hand, the general shortage of knowledge showed by the participants has to be related with the importance of an early diagnosis and treatment of these diseases, as the first step to decrease morbidity and mortality.

Keywords: chronic cardiovascular diseases, perceptions, attitudes

## *Índice*

---

|                                                                                                                                  | Página   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| <b>1 – Introdução</b>                                                                                                            | <b>2</b> |
| 1.1 – Pertinência do estudo                                                                                                      | 2        |
| 1.2 – Definição de conceitos                                                                                                     | 4        |
| 1.3 – Revisão Bibliográfica                                                                                                      | 7        |
| 1.3.1 – A doença crónica no mundo                                                                                                | 7        |
| 1.3.2 – A doença crónica e cuidados de saúde em África – a realidade trazida pelos imigrantes dos PALOP                          | 7        |
| 1.3.2.1 – Barreiras estruturais e económicas dos sistemas de serviços de saúde dos PALOP                                         | 9        |
| 1.3.2.2 – Características dos profissionais de saúde dos PALOP como determinante da qualidade dos cuidados de saúde              | 11       |
| 1.3.3 – Transição demográfica e epidemiológica dos PALOP e sua influência nos cuidados de saúde                                  | 14       |
| 1.3.4 – Viver com doença crónica nos PALOP                                                                                       | 17       |
| 1.3.5 – Imigração e tempo de estadia em Portugal – a adaptação a uma nova realidade                                              | 18       |
| 1.3.6 – Direitos e deveres dos imigrantes em Portugal                                                                            | 22       |
| 1.3.7 – Melhor acesso a serviços de saúde vs. maior utilização dos serviços de saúde                                             | 24       |
| 1.3.8 – O exemplo da Guiné-Bissau: da problemática dos seus serviços de saúde à integração dos imigrantes guineenses em Portugal | 26       |
| 1.4 – Quadro conceitual                                                                                                          | 28       |
| 1.5 – Questões de investigação                                                                                                   | 30       |
| 1.6 – Objetivos do estudo                                                                                                        | 30       |

|                                                                                                               |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>2 – Material e Métodos</b>                                                                                 | <b>31</b> |
| 2.1 – Qualificação do Estudo                                                                                  | 31        |
| 2.2 – População                                                                                               | 31        |
| 2.3 – Amostra                                                                                                 | 32        |
| 2.4 – Processo de amostragem                                                                                  | 35        |
| 2.5 – Recolha de Dados                                                                                        | 37        |
| 2.6 – Tratamento de dados                                                                                     | 38        |
| 2.7 – Local                                                                                                   | 43        |
| 2.8 – Aspetos Éticos                                                                                          | 44        |
| <b>3 – Resultados</b>                                                                                         | <b>46</b> |
| 3.1 – Características sociodemográficas da amostra                                                            | 46        |
| 3.2 – Perceções acerca das doenças crónicas                                                                   | 48        |
| 3.3 – Comportamentos de prevenção e tratamento                                                                | 50        |
| 3.3.1 – Comportamentos de prevenção (conhecimento e adoção dos mesmos)                                        | 51        |
| 3.3.2 – Comportamentos de tratamento (conhecimento e adoção dos mesmos)                                       | 53        |
| 3.4 – Opinião acerca do SNS                                                                                   | 55        |
| 3.5 – Influência do tempo de estadia em Portugal e influência do acesso a informação nas perceções e atitudes | 58        |
| <b>4 – Discussão e Conclusões</b>                                                                             | <b>61</b> |
| 4.1 – Discussão                                                                                               | 61        |
| 4.1.1 – Perceções acerca das doenças crónicas                                                                 | 61        |
| 4.1.1.1 – Serviços de saúde como fonte de informação                                                          | 64        |
| 4.1.1.2 – Meios de comunicação social como fonte de informação                                                | 65        |
| 4.1.2 – Comportamentos de prevenção (conhecimento e adoção dos mesmos)                                        | 67        |
| 4.1.3 – Comportamentos de tratamento (conhecimento e adoção dos mesmos)                                       | 69        |
| 4.1.4 – Opinião acerca do SNS                                                                                 | 72        |
| 4.1.5 – Influência do tempo de estadia em Portugal e                                                          |           |

|                                                                                                                        |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| influência do acesso a informação nas percepções e atitudes<br>acerca das doenças crónicas                             | 74 |
| 4.1.6 – Limitações do estudo                                                                                           | 75 |
| 4.2 – Conclusões                                                                                                       | 77 |
| <b>Bibliografia</b>                                                                                                    | 80 |
| <b>Lista de figuras, tabelas e ilustrações</b>                                                                         | i  |
| <b>Anexo I – Guião da entrevista</b>                                                                                   | ii |
| <b>Anexo II – Infraestruturas, políticas, estratégias e planos de ação<br/>dirigidos às doenças crónicas nos PALOP</b> | iv |



## *Abreviaturas*

---

AMI – Ajuda Médica Internacional

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

IPAD – Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

OMS – Organização Mundial de Saúde

PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

RHS – Recursos Humanos em Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde português

UNICEF – The United Nations Children's Fund

DGS – Direção Geral da Saúde

EUA – Estados Unidos da América

## *1 - Introdução*

---

A presente tese foi elaborada no contexto do V Mestrado em Saúde e Desenvolvimento e trata as percepções de doença crónica dos imigrantes da Guiné-Bissau, tema que surgiu da vontade de realizar investigação no âmbito da imigração, abordando a saúde, por ser uma área de interesse do investigador e fazer parte da sua formação académica de base. Esta motivação aliou-se à lacuna de informação detetada no que diz respeito às percepções de saúde e doença deste grupo de imigrantes e à pertinência de desenvolver conhecimento nesta área, surgindo o tema acima referido. Uma vez que a investigação é a base do conhecimento científico, pretende-se contribuir com este projeto para uma melhor compreensão das percepções dos imigrantes relativamente às doenças crónicas mais frequentes, de forma a que lhes sejam prestados melhores cuidados de saúde, direcionando-se os recursos disponíveis para a prevenção e tratamento destas doenças, cujo peso tem vindo a aumentar em todo o mundo.

### *1.1 - Pertinência do estudo*

---

A pertinência deste estudo prende-se com a necessidade de compreender a realidade dos imigrantes da Guiné-Bissau, a sua cultura e as suas percepções, para que o sistema de serviços de saúde que temos disponível em Portugal responda às suas necessidades de saúde e doença de forma eficaz, alocando os escassos recursos disponíveis nas áreas necessárias. Assim, pretendeu-se abrir uma janela de conhecimento que, no futuro, dê lugar a uma continuação da investigação nesta área.

Uma vez que o conceito de doença crónica só há pouco tempo ganhou peso e voz em África (comparativamente com a realidade europeia), é importante compreender a visão destes imigrantes, percebendo que causas atribuem a estas doenças. Pretendeu-

se compreender se os imigrantes reconhecem a relevância das doenças crónicas e se atuam para a evitar ou tratar ou, por outro lado, se recusam os cuidados de saúde ocidentais ou apresentam barreiras de acesso aos mesmos no contexto da doença crónica. Estas barreiras podem ir desde a língua falada, às crenças religiosas ou perceções de saúde e doença - doença como castigo divino, doença como consequência natural e irremediável do envelhecimento, doença atribuída a fenómenos naturais, etc. Assim, ambicionou-se compreender os seus conhecimentos, perceções, crenças e motivações, como forma de alcançar este grupo de imigrantes através do sistema de serviços de saúde disponíveis.

Esta necessidade advém da realidade migratória de Portugal, que se faz acompanhar de benefícios e desafios. Os desafios e preocupações prendem-se como os riscos associados a situações de ilegalidade ou a condições precárias de trabalho e de vida, que potenciam a marginalização deste grupo da população, e a difusão de doenças potenciadas pelos comportamentos e estilos de vida (Henriques, 2010). Mas, apesar dos desafios inerentes a esta realidade terem muitas vezes uma voz mais ativa e mediática, não deve ser esquecido que a imigração contribui para o aumento da população ativa, contrariando a inversão da pirâmide etária portuguesa, ajudando a contribuir para a sustentabilidade da segurança social e para o preenchimento de vagas no mercado de trabalho (Henriques, 2010).

A pertinência do tema prende-se igualmente com a relevância da doença crónica, na carga de doença total e consequências de mortalidade e morbilidade. Estas doenças lideram as causas de morte a nível mundial e espera-se que o seu peso mundial aumente 15% entre 2010 e 2020 (OMS, 2011, p. 6), pelo que existe um grande interesse no seu estudo e na sua prevenção e tratamento. As doenças crónicas são numerosas e complexas, sendo que, no âmbito deste estudo, são abordadas as doenças cardiovasculares devido a questões metodológicas tratadas adiante.

## 1.2 - Definição de conceitos

---

A doença crónica, âmbito do presente estudo, é classificada como aquela que *“tem uma causa que produz sintomas e sinais num período de tempo variável, de curso longo, e da qual só há recuperação parcial”* (Phipps, Sands, & Marek, 2003, p. 147). Além desta definição existem outras, como a da Comissão Para as Doenças Crónicas, que definiu este tipo de doença como *uma*

*“afeção ou desvio do normal com uma, ou mais, das seguintes características: (1) a doença ou afeção é permanente, (2) a doença ou afeção deixa uma incapacidade residual, (3) a doença ou afeção é provocada por alteração patológica não reversível, (4) a doença ou afeção requer um longo período de supervisão, observação ou cuidados.”* (Phipps, Sands, & Marek, 2003).

Segundo a OMS, estas doenças (crónicas) têm vindo a ganhar relevância por constituírem a causa principal de morte a nível mundial, tendo alcançado proporções epidémicas e afetando principalmente os países de renda baixa e média-baixa (OMS, 2011, p. 1). Ora, os países de renda baixa e média-baixa são aqueles que, classificados de acordo com o Produto Interno Bruto per capita, apresentam valores inferiores ou iguais a 995 dólares e entre 996 dólares e 3.945 dólares, respetivamente (Banco Mundial, 2011), ou seja, constituem as duas categorias mais pobres desta classificação, o que levanta todas as questões da vulnerabilidade e do ciclo pobreza - doença.

Neste contexto, importa igualmente definir doença (“disease”) e vivência da doença (“illness”), uma vez que a primeira *“representa todas as manifestações da falta de saúde resultantes de causas fisiológicas e que são traduzidas por sintomas e sinais agrupados em diagnósticos descritos nos manuais médicos”* (Dias M. I., 2005, pp. 9-10), enquanto a segunda se refere à *“perceção que o doente tem dos sintomas, a forma como os sente e exprime e ainda a sua forma de lidar com eles”* (Dias M. I., 2005, pp. 9-10), sendo este o âmbito do presente estudo.

Os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) abordados no presente estudo, grupo no qual se inclui a Guiné-Bissau, são aqueles que, depois da independência como colónia Portuguesa, mantiveram a língua oficial do país colonizador (Angola, Moçambique, Guiné-Bissau, Cabo-Verde e São Tomé e Príncipe). Estes foram selecionados devido à relação de diálogo que mantiveram com Portugal após a independência, constituindo a origem da grande maioria dos imigrantes Africanos no nosso país. A Guiné-Bissau, mais especificamente, foi selecionada devido a questões metodológicas que serão abordadas adiante.

Entende-se a imigração como “*a entrada de estrangeiros num país com o objetivo de se estabelecerem*” (Dicionário da Língua Portuguesa, 2011), mas sabemos que a imigração deve ser vista como “*parte de um modelo mais vasto e sinal de relações económicas, sociais e culturais em transformação*”, sendo estes aspetos tidos em conta ao longo do presente estudo (Fundo das Nações Unidas para a População 1993, citado por Ruivo, 2006, p. 3).

A população do estudo é constituída pelos imigrantes de primeira geração, que são definidos como aqueles que, tal como a denominação indica, constituem a primeira geração de pessoas que, nascendo noutro país, vieram viver para Portugal.

Ainda assim, sendo um grupo de pessoas que se encontra numa situação semelhante de imigração, existe a necessidade de considerar o tempo de estadia em Portugal, o que determina a influência desta nova cultura do país em que vivem e as memórias da cultura trazida do país de origem. Inevitavelmente, o tempo de estadia em Portugal influencia a aculturação e a consequente alteração dos conhecimentos, atitudes e crenças dos imigrantes. Toynbee (1971), citado por Sachs (1989) considera que a aculturação se tornou um dos conceitos chave da teoria antropológica contemporânea, pensando-se todo o indivíduo como pertencente a um conjunto de três comunidades: a uma comunidade mundial, a uma comunidade local e à comunidade de onde é originário. Todas estas comunidades contribuem para a sua construção enquanto pessoa, influenciando os seus valores, crenças e atitudes. No entanto, importa referir que não se pretende medir o grau de aculturação de cada indivíduo ou de cada grupo de imigrantes, mas apenas considerar o tempo de estadia em Portugal como uma importante variável que contribui para a sua visão de doença crónica, sobretudo tendo em conta dois

aspectos: o melhor acesso a informação e o melhor acesso a cuidados de saúde que estes grupos têm em Portugal relativamente ao seu país de origem.

Finalmente, importa clarificar o que se entende por saúde que, claramente, é mais do que a ausência de doença. Etimologicamente, o termo saúde “*procede do latim sanitas, referindo-se à integridade anátomo-funcional dos organismos vivos*” (Junior, 2004). A OMS definiu em 1948 a saúde como “*o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade*” (OMS, 2011). Também é globalmente aceite que o conceito de saúde é subjetivo, lembrando-se que este varia com o indivíduo e se relaciona com a conjuntura social, económica, política e cultural (SCLIAR, 2007).

### *1.3 - Revisão Bibliográfica*

---

#### *1.3.1 - A Doença Crónica no Mundo*

A OMS, tal como todas as instituições de saúde nacionais e internacionais, tem-se preocupado com a evolução da doença crónica, cuja prevalência tem vindo a aumentar, sendo responsável por um número cada vez maior de mortes e incapacidade (OMS, 2011). Em 2008 esta realidade traduziu-se em 36 milhões de mortes (63% do total de mortes ocorridas) (OMS, 2011). Esta realidade deve-se ao aumento da esperança média de vida e à prevalência dos fatores de risco que também tem vindo a aumentar, sendo mais evidente nos países de renda baixa e média baixa, verificando-se aí 80% das mortes por doença crónica (OMS, 2011, p. VII). A OMS sensibiliza para a possibilidade destas doenças serem significativamente reduzidas através da redução dos principais fatores de risco – dieta desequilibrada, tabaco, excesso de consumo de álcool e inatividade física – que são responsáveis pelas doenças crónicas que causam maior mortalidade mundial, sendo elas as doenças cardiovasculares, o cancro, as doenças respiratórias crónicas e a diabetes, segundo esta ordem de prevalência (OMS, 2011, p. 9). Estas são doenças que mais importa estudar, não só devido à mortalidade que originam, mas também devido à morbilidade associada, uma vez que são responsáveis por sequelas e limitações permanentes, que se irão traduzir numa diminuição da produtividade das pessoas afetadas, aumento do absentismo e aumento dos encargos com a saúde. Assim, a prevenção e controlo das doenças crónicas assume um papel de grande relevância económica e social, estando grandemente relacionada com a componente comportamental, pelo que se frisa a importância de conhecer as crenças, os comportamentos e as atitudes da população em relação a estas doenças.

#### *1.3.2 - Doença Crónica e Cuidados de Saúde em África – a Realidade Trazida pelos Imigrantes dos PALOP*

No que diz respeito aos cuidados de saúde, em África mantém-se a discussão acerca da necessidade de acelerar medidas destinadas a melhorar a saúde, tanto ao nível

dos governos como os restantes parceiros e comunidades, sendo esta a conclusão obtida no Congresso Internacional Sobre os Cuidados de Saúde Primários e os Sistemas de Saúde em África, após 30 anos de implementação de cuidados de saúde primários (OMS, 2008). Além de felicitar os ganhos obtidos na luta contra diversas doenças infecciosas, o que revela ganhos em saúde, esta conferência enfatizou a necessidade de atender “*ao fardo emergente das doenças crónicas*” (OMS, 2008, p. 2). Neste contexto, face às necessidades e problemas de saúde existentes, os estados africanos são estimulados a atualizarem as suas estratégias e planos nacionais, através de algumas intervenções: priorizar a reestruturação dos cuidados de saúde primários, acelerar o processo de descentralização, promover parcerias público-privadas, melhorar o planeamento de recursos humanos e a sua formação, otimizar o acesso a serviços e produtos relacionados com a saúde, reforçar os sistemas de informação, formular e implementar políticas e estratégias de financiamento e promover a sensibilização das populações em matéria de saúde (OMS, 2008, p. 3). Esta longa enumeração revela a presença de muitos aspetos a otimizar na saúde, de forma a dar resposta às doenças crónicas, o que significa a presença de um longo caminho a percorrer relativamente à abordagem efetiva das mesmas.

Um documento do Internacional Finance Corporation acerca do negócio da saúde em África, descreve o estado do acesso à saúde nos países subsaarianos, referindo que “*a qualidade dos cuidados de saúde na África Subsariana é muito variável e, em vários casos, francamente abaixo dos padrões normais, (...) [sendo que] (...) todas as pessoas, incluindo as populações de rendimento médio e alto, são atingidas pela frequente fraca qualidade dos prestadores e produtos médicos locais*” (IFC, 2011, p. 18). Esta realidade está associada com diversos problemas estruturais, verificando-se comumente a presença de medicamentos de fraca qualidade, prestadores de cuidados com pouca ou nenhuma preparação, falta de recursos, corrupção, padrões reguladores inadequados e deficiente higiene das instalações das instituições, tanto públicas como privadas (IFC, 2011). Esta realidade associa-se à falta de instrução e de recursos financeiros das classes mais pobres (grande maioria da população) assim como à falta de opções alternativas de prestadores de cuidados de saúde e determina um fraco acesso aos cuidados de saúde e uma fraca qualidade dos mesmos (IFC, 2011, p. 18). Face a todas estas dificuldades, a melhoria dos padrões de qualidade mantém-se como



*“objetivo fácil de aplaudir mas difícil de conseguir”* (IFC, 2011, p. 18). Muitos documentos reforçam esta ideia, que já não é recente, referindo que

*“A pobreza, a redução dos orçamentos relativos ao apoio social e à saúde, a fraca eficiência na utilização dos recursos, a insuficiência, em quantidade e qualidade, da oferta de cuidados, os problemas culturais, são muitas vezes as principais causas da falta de acesso aos cuidados de saúde”* (OIT, 1999, p. 2).

Já em 2002, a OMS alertava para o crescimento do peso das doenças crónicas nos países em desenvolvimento, estimando que em 2020 este fosse responsável por 80% da carga de doença nestes países, o que se chocava grandemente com os índices de adesão à terapêutica, que se situavam nos 20% (OMS, 2002). Atualmente, a adesão à terapêutica nos países em desenvolvimento mantém-se *“muito abaixo dos 50%”* (CEIF, 2011), o que terá um impacto importante na abordagem das doenças crónicas que, quando necessitam de intervenção terapêutica, implicam o seu prolongamento por longos períodos de tempo, ou até ao final da vida, sendo esta decisiva no controlo destas doenças.

De um modo simples, a realidade trazida pelos imigrantes dos PALOP relaciona-se, em grande parte, com a qualidade dos cuidados de saúde dos seus países de origem, qualidade essa que é determinada por inúmeros fatores que se podem dividir em dois tipos de barreira: **as barreiras estruturais potenciais** e as **características dos profissionais de saúde** (Andrade, 2008), que serão abordadas adiante.

#### *1.3.2.1 - Barreiras estruturais e económicas dos sistemas de serviços de saúde dos PALOP*

Os sistemas de saúde enfrentam, de uma forma geral, a realidade descrita, o que se faz acompanhar de falta de vontade política para a atuação nas doenças crónicas e de uma cultura de produção de conhecimento deficitária (Aikins & al, 2010). Isto porque, apesar das doenças infecciosas ainda constituírem a primeira causa de morte em África, calcula-se que esta será ultrapassada pelas doenças crónicas em 2030 (OMS, 2011, p.

9). Ainda assim, na prática, os sistemas de saúde mantêm-se fracos e o investimento em formação de profissionais é insuficiente, estando os serviços virados para a abordagem prioritária de doenças infecciosas e parasitárias, o que conduz ao enorme desafio que as doenças crónicas representam em termos de pesquisa, prática e políticas (Aikins & al, 2010).

Segundo um relatório da OMS de 2007, apenas 54% dos países africanos apresentavam protocolos nacionais e guidelines relacionados com doenças crónicas em 2005/2006 e aproximadamente a mesma percentagem apresentava orçamentos específicos para implementação de políticas nacionais ou estratégias dirigidas às doenças crónicas (OMS, 2007). No entanto, apesar de existirem orçamentos dirigidos a esta causa, a sua monitorização é deficitária, existindo um difícil acesso a dados governamentais relacionados com os gastos em saúde, dados esses que são pobres e heterogéneos (Institute for Health Metrics and Evaluation., 2010, p. 9). E, devido à crise económica instalada, o financiamento para o desenvolvimento da saúde também enfrenta novos desafios. De acordo com o Institute for Health Metrics and Evaluation (2010), o investimento na saúde em países em desenvolvimento foca-se primariamente no VIH/SIDA, área para a qual mais financiadores externos contribuem. Por outro lado, as doenças não transmissíveis são alvo da menor fatia monetária de investimento global (Institute for Health Metrics and Evaluation., 2010, p. 9).

Face a esta realidade, Cabo Verde é um dos países que se destaca, reconhecendo de forma clara o aumento da prevalência das doenças não transmissíveis (Política Nacional de Saúde de Cabo Verde, 2007). No entanto, o seu plano nacional de saúde não aborda as doenças crónicas como objeto de intervenção planeada. Os restantes PALOP, apresentam os seus planos de desenvolvimento da saúde de forma pouco acessível, com uma representação on-line dos seus ministérios da saúde pouco estruturada, sendo difícil compreender o estado atual e as políticas e planos futuros relacionados com a saúde e doença crónica destes países. Ainda assim, sabemos que todos os PALOP apresentam Planos Nacionais para o Desenvolvimento da Saúde (OMS, 2002) e a OMS apresenta alguns dados referentes a 2010 que ajudam a compreender o esforço dos vários PALOP relativamente aos cuidados de saúde direcionados às doenças crónicas, como se pode consultar no anexo II – avaliação da

presença de infraestruturas, de políticas, estratégias e planos de ação dirigidos às doenças crónicas (abordando as doenças crónicas mais prevalentes e os principais fatores de risco) é identificação da vigilância destas doenças através da presença de registos (relativos à incidência de cancro e dos principais fatores de risco para as doenças crónicas), sendo igualmente avaliada a gestão das doenças crónicas, a presença de testes e procedimentos de rastreio e tratamento e a terapêutica disponível em cada país para o seu tratamento no sector público.

Como tem vindo a ser referido, os sistemas de saúde dos PALOP desenvolveram-se de forma a dar resposta à doença aguda e às necessidades urgentes dos pacientes, diagnosticando no sentido de aliviar sintomas e responder aos problemas de saúde agudos, sistema que falha na abordagem às doenças crónicas (OMS, 2002). Este paradigma influencia a forma de pensar e planear cuidados dos responsáveis, administradores, profissionais de saúde e pacientes (OMS, 2002), como será abordado no capítulo seguinte. Estes aspetos contribuem grandemente para que a informação que chega até à população acerca das doenças crónicas seja reduzida, o que constitui um problema de base, uma vez que pouco conhecimento se irá traduzir numa baixa intervenção direcionada a estas doenças.

#### *1.3.2.2 - Características dos profissionais de saúde dos PALOP como determinante da qualidade dos cuidados de saúde*

Não basta apontar as más condições das instalações prestadoras de cuidados de saúde, nem a ausência de políticas viradas para a prevenção e tratamento das doenças crónicas, uma vez que existe outro fator central que contribui para uma baixa qualidade dos cuidados de saúde – a visão dos profissionais e o seu paradigma de trabalho. Nos PALOP, a OMS referiu em 2002 que, tal como em toda a região africana, se verificava que “a investigação nos RHS, com vista a resolver os problemas práticos que são encarados no sector, é ainda rudimentar” (OMS, 2002) e um estudo de 2010 acerca dos recursos humanos em saúde nos PALOP aponta diversos problemas nesta área e refere ainda não existir uma rede de informação (Dussault & al, 2010). Estas afirmações são a face de uma realidade difícil de estudar, devido à falta de informação disponível.

No entanto, em primeiro lugar, deve ser clarificado que a qualidade de cuidados prestados/recebidos é um conceito subjetivo, que deve ser avaliado pelos prestadores de cuidados e utilizadores dos serviços de saúde, em conjunto (Fekete, 2000). A qualidade deve considerar as capacidades técnicas dos primeiros e as expectativas dos segundos, não esquecendo as questões da acessibilidade, eficácia, eficiência e oportunidade (Fekete, 2000). Os profissionais de saúde, como parte deste conceito, têm grandes responsabilidades no que diz respeito à qualidade dos cuidados que prestam, uma vez que também lhes cabe responsabilizarem-se pela sua própria formação e qualidade técnica, o que influencia a eficácia e eficiência dos cuidados prestados. Têm igualmente a responsabilidade de determinar a capacidade de resposta às expectativas dos utentes, tal como o incentivo ao acesso a serviços de saúde pelos mesmos, o que irá determinar a satisfação dos utentes e o seu seguimento posterior. Deste modo, as particularidades do profissional de saúde - idade, género, religião, etnia, experiência profissional e atitude no exercício da sua atividade - determinam as características dos cuidados prestados (Andrade, 2008, p. 52).

É sabido que “os *recursos humanos são a determinante primária da efetividade de um sistema de saúde*” (Biscaia, 2005), pelo que devem ser tidos em conta aspetos como a sua **motivação, condições de trabalho e problemas**. No que diz respeito à motivação, os profissionais de saúde dos PALOP referem insatisfação com a pressão e exigência do trabalho, com as condições insuficientes para o exercício da sua profissão e com a baixa recompensa do trabalho. Apesar disso sentem-se capazes para responder às exigências e não deixam de “*ter boas expectativas em relação à sua carreira, mas mesmo assim ponderam a hipótese de deixar a profissão*” (Biscaia, 2005). No que diz respeito às condições de trabalho e formação, os recursos humanos nos PALOP enfrentam alguns problemas comuns como a escassez de profissionais de saúde, deficiente qualificação profissional dos mesmos (nomeadamente médicos, enfermeiros, parteiras e farmacêuticos), a dependência de médicos estrangeiros e a incapacidade de reter profissionais qualificados nos sistemas de saúde (Cooperação PALOP e Timor-Leste / UE, 2009). A distribuição geográfica dos recursos humanos na saúde também enfrenta alguns problemas, uma vez que se verificam assimetrias significativas relativamente à sua disponibilidade entre as zonas urbanas e rurais e, apesar de existirem políticas de incentivo para modificação desta realidade, a sua eficácia ainda

permanece por avaliar (Cooperação PALOP e Timor-Leste / UE, 2009). No que diz respeito à satisfação profissional, verifica-se uma insatisfação generalizada relativamente à remuneração financeira, que é considerada insuficiente, sendo também alvo de crítica as condições de trabalho, que são consideradas desadequadas, nomeadamente no que diz respeito à proteção pessoal (Cooperação PALOP e Timor-Leste / UE, 2009). Todos estes problemas contribuem para uma baixa motivação, podendo estar relacionados com um desempenho abaixo das capacidades dos profissionais e necessidades dos utentes, o que pode conduzir a uma deterioração da qualidade dos cuidados de saúde, nomeadamente a uma relação terapêutica ineficaz, em que os ensinamentos para a saúde e o seguimento posterior do utente fica comprometido, centrando-se a medicina numa perspetiva curativa de episódios de doença isolados. Esta realidade torna-se ainda mais relevante se tivermos em conta as doenças crónicas, em que a prevenção e tratamento exigem um seguimento continuado dos pacientes. Assim, apesar de existir um plano de desenvolvimento dos recursos humanos em Angola, Moçambique, Cabo Verde e Guiné-Bissau, nenhum PALOP possui um sistema de informação sobre recursos humanos que apresente dados fiáveis e atualizados, verificando-se que *“a gestão do sector da saúde é débil por falta de formação qualificada nas áreas de gestão (estratégica e operacional) e técnica (análise estatística, demográfica, económica, etc.)”* (Cooperação PALOP e Timor-Leste / UE, 2009).

Todo este comprometimento na formação, motivação e desempenho dos profissionais de saúde contribui para o estabelecimento de uma atitude e visão de trabalho nos PALOP. A atitude dos profissionais de saúde prende-se ao paradigma de tratamento sintomático de doenças agudas, sem ter em conta a necessidade de seguimento posterior, a necessidade de adesão a uma terapêutica crónica, a realização de ensinamentos e o empoderamento dos utentes - *“de facto, os sistemas de serviços de saúde não conseguiram evoluir com sucesso para além da abordagem conceptual utilizada no diagnóstico e tratamento de condições agudas”* (OMS, 2002). Assim, o paradigma de organização das instituições segue a mesma orientação que o paradigma de tratamento revelado pelos profissionais de saúde, o que determina o modelo dos cuidados de saúde dos PALOP. Em 2002, a OMS referiu que em todo o mundo se assistia a uma desconsideração do papel do utente no seu tratamento, não se considerando a

importância da sua interação nem o seu empoderamento; e que os sistemas de saúde não se desenvolveram além do quadro conceptual ligado ao tratamento e diagnóstico de doenças agudas (OMS, 2002, pp. 35-36). Nesse mesmo ano, África constituía o continente com menor ação ao nível dos planos e políticas relacionados com doenças não transmissíveis, planos relacionados com as doenças cardiovasculares e de controlo do consumo de tabaco (OMS, 2002, p. 36).

Este modelo centrado no tratamento dos sintomas agudos é reconhecido como insuficiente para a resposta ao aumento da população com doença crónica (OMS, 2005, p. 13). A OMS, reforça a necessidade de acrescentar e otimizar algumas capacidades dos profissionais de saúde para alterar este padrão de tratamento e responder às complexidades da doença crónica: a promoção dos cuidados centrados no utente, o trabalho em equipa, a melhoria da qualidade dos cuidados, a partilha de informação através da utilização das tecnologias disponíveis e a adoção de uma perspetiva de saúde pública (OMS, 2005, pp. 11-12).

Apesar de se tratar de uma discussão de dados maioritariamente com 10 anos, é sabido que este é um tema complexo, cujas fontes de informação escasseiam, tal como abordado anteriormente, o que impossibilitou a obtenção de dados mais recentes.

### *1.3.3 - Transição demográfica e epidemiológica dos PALOP e sua influência nos cuidados de saúde*

Muitos países africanos ainda se encontram numa fase inicial de transição demográfica e epidemiológica, o que influencia o paradigma de prestação de cuidados dos seus serviços de saúde. A transição demográfica manifesta-se pela diminuição da mortalidade e da fertilidade associada a uma melhoria dos cuidados de saúde e das condições socioeconómicas, ocorrendo um envelhecimento da população. No entanto, nestes países, mantém-se um crescimento populacional acelerado e uma pobreza extrema crónica (Conley, McCord, & Sachs, 2007). De acordo com a teoria de transição demográfica, esta diminuição da mortalidade e fertilidade, ocorre devido a uma modernização dos países, que resulta da industrialização, da urbanização, da educação e do empoderamento das mulheres, que por sua vez, conduz a um desenvolvimento

socioeconómico substancial (ECA, 2001, p. 1). Inicialmente, ocorre uma diminuição da mortalidade devido à melhoria da higiene e da medicina, o que leva a uma diminuição da fertilidade associada a um crescimento económico (ECA, 2001). Em África, uma vez que se mantém o casamento e reprodução em idade precoce e os contraceptivos não estão difundidos de forma efetiva à população, continuamos a assistir a uma elevada natalidade, apesar de já se ter verificado uma fase inicial de declínio da mortalidade, associado a um progresso económico e social (ECA, 2001). Estes fatores que atrasam a transição demográfica e epidemiológica são potenciados pela instabilidade política, fraco acesso a uma alimentação equilibrada e grande incidência de doenças sem tratamento eficaz (Teller & Assefa, 2011).

Ainda considerando a transição demográfica e epidemiológica, deve ser tido em conta que esta abarca todas as regiões do mundo, ainda que tenha apresentado momentos de início diferentes e velocidades de evolução distintas. Assim, haverá uma mudança contínua entre o peso das doenças infecciosas agudas e das doenças crónicas, aumentando-se o peso das doenças prolongadas, a menos que estas sejam prevenidas. Este é um importante conceito para os países que se encontram no início desta transição, uma vez que o envelhecimento não é igual a presença de doença, mas constitui um apelo ao desenvolvimento de ações preventivas (OMS, 2002, p. 16), que ainda não se verificam nos PALOP, sendo que apenas Cabo Verde e Moçambique iniciaram ações neste sentido (quadro 1).

Associado à fase de transição em saúde, indissociável da fase de transição demográfica e epidemiológica em que se encontram, os PALOP apresentam elevadas taxas de mortalidade infantil e materna, elevada fertilidade, baixa esperança média de vida à nascença, elevada percentagem de anos de vida perdidos por doenças transmissíveis e baixo acesso a água potável e saneamento básico. Do grupo dos PALOP destaca-se Cabo Verde que conseguiu maiores ganhos em saúde, estando a fazer evoluir claramente os indicadores referidos anteriormente, tal como é possível verificar no quadro 1. Também se destaca a Guiné-Bissau, por apresentar os piores valores referentes aos indicadores apresentados.

|                                                                                                                                                                                                                                                        | Angola | Moçambique | Guiné-Bissau | Cabo Verde | São Tomé e Príncipe |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------------|--------------|------------|---------------------|
| Taxa de mortalidade infantil (número de óbitos antes do primeiro ano de vida, por 1.000 nados vivos, num ano) (2009)                                                                                                                                   | 98     | 96         | 115          | 23         | 52                  |
| Taxa de mortalidade materna (número de óbitos maternos durante a gravidez e parto, por 100.000 nados vivos) (2008)                                                                                                                                     | 610    | 550        | 1.000        | 94         | Sem dados           |
| Taxa de fertilidade (número de crianças que iriam nascer a uma mulher se esta vivesse até ao final dos seus anos férteis) (2009)                                                                                                                       | 5,6    | 5,0        | 5,7          | 2,7        | 3,7                 |
| Esperança média de vida à nascença em anos (2009)                                                                                                                                                                                                      | 48     | 48         | 48           | 71         | 66                  |
| Acesso a água potável – média das áreas rurais e urbanas (percentagem de pessoas com acesso diário a pelo menos 20 litros de água proveniente de uma fonte segura – rede pública, poços ou fontes protegidos, furos, colheita de água da chuva) (2008) | 49     | 53         | 67           | 83,5       | 88,5                |
| Acesso a saneamento básico (percentagem da população com acesso a instalações de eliminação de excrementos, que evitem o contacto dos mesmos com humanos, animais e insetos – latrinas ou sistemas de descarga conectados a esgotos) (2008)            | 57     | 17         | 21           | 54         | 26                  |

Quadro 1 (Banco Mundial, 2011)

Os fatores de risco para as doenças crónicas também estão associados ao início da transição demográfica em que estes países se encontram, apresentando uma população com esperança média de vida a aumentar assim como um crescimento da industrialização, uma alteração dos hábitos alimentares para o consumo mais frequente de alimentos processados e com altos teores de açúcar e gordura e alteração dos padrões de gasto de energia, com um aumento do sedentarismo associado à transição da população para as cidades, com consequente alteração da sua ocupação profissional, que



deixa de ser baseada no esforço físico intenso (abandono da agricultura). Por outro lado, neste contexto ainda assistimos a uma modificação do papel da mulher, que deixa de se ocupar unicamente das funções domésticas e passa a trabalhar fora de casa. Esta conjuntura de não produção dos próprios alimentos, saída da mulher de casa para trabalhar, tendo menos tempo para cozinhar as comidas tradicionais, alteração do estilo de vida para um mais sedentário e alteração da alimentação para alimentos baratos e “fast food” trazida por multinacionais, leva a que se dê uma profunda e rápida mudança nestas famílias, com aumento dos fatores de risco para as doenças crónicas não transmissíveis. A globalização desempenha aqui um papel negativo de promoção de produtos prejudiciais para a saúde como o tabaco, o álcool, e os alimentos processados (OMS, 2002, p. 17). Estes aspetos voltam a lembrar que à medida que o processo de transição demográfica e epidemiológica avança, o processo de envelhecimento também avança, nomeadamente devido à redução da mortalidade precoce, o que contribuirá para um aumento das doenças crónicas não transmissíveis (Achutti & Azambuja, 2004).

#### *1.3.4 - Viver com doença crónica nos PALOP*

Os PALOP enfrentam um duplo fardo na saúde, uma vez que apresentam elevada incidência de doenças agudas transmissíveis, malnutrição e complicações maternas e perinatais, assistindo igualmente a um aumento das doenças crónicas não transmissíveis, sendo que ambas necessitam de atenção e investimento (OMS, 2002, p. 21). A juntar a este duplo fardo que o sistema de serviços de saúde enfrenta, verifica-se que a maior parte dos países da África subsaariana a doença crónica é vista como estigmatizante e geradora de stress psicológico, uma vez que os doentes e seus cuidadores são discriminados e marginalizados, o que conduz a um isolamento social (Aikins & al, 2010).

Por outro lado, os sintomas iniciais das doenças crónicas tendem a ser ligeiros, instalando-se gradualmente, o que pode levar a uma associação com “disfuncionalidades normais do envelhecimento” (Morgan, Pendleton, Clague, & Horan, 1997, p. 427) (Rodin & Langer, 1980, p. 12) (Kaushansky, Lishtman, Beutler, Kipps, Prchal, & Seligsohn, 2010, p. 78), dificultando as perceções da presença de

doença e consequente procura de cuidados de saúde. Esta visão da doença crónica ainda tende a ser mais significativa nos PALOP, uma vez que a esperança média de vida nestes países começou a aumentar há pouco tempo, simultaneamente com todos os fatores de risco para o surgimento de doenças crónicas, o que pode levar a uma associação entre envelhecimento e doença crónica, esquecendo-se os fatores de risco e as mudanças de comportamentos.

Além do impacte económico óbvio que a doença crónica tem para os governos e sistemas de saúde, tem também uma grande influência económica nos doentes e suas famílias obrigando, muitas vezes, a escolher entre os gastos com a doença crónica e o tratamento de doenças infecciosas agudas dos familiares (Aikins & al, 2010). Estes gastos podem ser relacionados com medicamentos e tratamentos ou com a comorbilidade das doenças crónicas, que se estima ser bastante significativo (Young & al, 2009).

Assim, também nos PALOP a doença crónica tem uma grande relação com o aspeto socioeconómico, alimentando o ciclo de pobreza-doença. Os recursos limitados para adquirir alimentação, cuidados de saúde e para obter uma rede de saneamento básico, levam a uma saúde empobrecida a uma maior probabilidade de adoecer o que, por sua vez, leva a uma capacidade reduzida de trabalhar e a uma diminuição da produtividade e conduz a uma menor capacidade financeira (OMS, 2002, p. 20). Este ciclo, associado à exclusão social e relacionado com doenças que exigem anos ou décadas de tratamento, faz da doença crónica uma condição de difícil abordagem nos PALOP.

#### *1.3.5 - Imigração e Tempo de estadia em Portugal – A Adaptação a Uma Realidade Diferente*

Ao introduzir o fenómeno da imigração, deve ser tido em conta que este tem sido potenciado pela revolução dos transportes e pela globalização da sociedade atual, que abriu fronteiras e facilitou a mobilidade dos cidadãos. Esta realidade influencia grandemente a situação socioeconómica mundial e, nomeadamente, a portuguesa,

constituindo um desafio demográfico, económico, político, jurídico, cultural e sociológico (Henriques, 2010).

Tal como referido anteriormente, as pessoas originárias de outros países que decidiram desenvolver a sua vida em Portugal trazem consigo os conceitos e realidades vividos no seu país de origem e enfrentam todas as dificuldades de transição inerentes ao processo de imigração. Este percurso individual implica uma mudança de ambiente físico, com alterações inerentes à geografia, ao clima e ao ambiente, uma sujeição a novos perigos, acontecimentos desconhecidos e novas situações geradoras de stress, a descoberta de novos hábitos alimentares, de festejo, de interação e saudação, gerando a necessidade de recorrer a novos códigos de moeda, de símbolos e de expressões (Dias M. I., 2005, p. 7). Todos estes novos desafios descontextualizam o imigrante, que vê alteradas as suas circunstâncias de vida, enfrentando mudanças que podem ser geradoras de roturas e que levam à necessidade de adaptação (Dias M. I., 2005, p. 8). De forma a facilitar este processo, foi criado em 2007 um Plano de Integração de Imigrantes, que delineou inúmeras medidas facilitadoras do acesso à saúde, à educação, à habitação, ao emprego digno, à justiça, à liberdade, entre outros, focando os imigrantes de primeira e segunda geração (Plano para Integração dos Imigrantes, 2007).

O tempo de estadia em Portugal leva ao desenvolvimento de um processo de adaptação a uma nova realidade, descrito acima, que compreende a aculturação inevitável que se dá ao longo do tempo de estadia em Portugal. Compreenda-se a aculturação como um conjunto de fenómenos que leva uma ou mais pessoas a adotar valores culturais de um grupo com o qual está em contacto permanente e a adaptar-se ao mesmo (Dicionário da Língua Portuguesa, 2011). Esta definição é válida tanto para os grupos de imigrantes que irão aculturar-se em Portugal como para os portugueses que se irão aculturar aos imigrantes, que obviamente trazem consigo características que os distinguem. Neste âmbito e contextualizando o tema do presente projeto de investigação, importa conhecer como o tempo de permanência em Portugal e as alterações subjacentes à imigração influenciam a saúde dos imigrantes e, mais especificamente, como afetam as perceções e atitudes dos imigrantes da Guiné-Bissau relativamente à doença crónica. Facilmente se compreende que existe um impacto das diferenças encontradas em Portugal nos imigrantes, nomeadamente relativas às

políticas, às normas sociais, ao estilo de vida, ao acesso aos cuidados de saúde e educação e ao acesso à informação, o que irá moldar os seus conceitos e comportamentos.

Ao imigrarem, os indivíduos levam consigo uma cultura que determina os seus comportamentos, crenças e atitudes, mas também carregam as suas características genéticas que podem constituir, por si só ou juntamente com a cultura, fatores protetores ou de risco para a sua saúde. Neste sentido, a título de exemplo, verifica-se uma maior prevalência de hipertensão e diabetes entre populações Africanas na Europa do que entre a população originária da Europa (Young & al, 2009). Os imigrantes africanos também apresentam maior prevalência de obesidade e enfarte agudo do miocárdio (Agyemang, Addo, Bhopal, Aikins, & Stronks, 2009). Por outro lado, o consumo de tabaco e lípidos e a prevalência de doença coronária é inferior nos africanos mas a tendência é haver uma inversão destes fatores de risco no futuro (Young & al, 2009), sobretudo no que diz respeito às mulheres imigrantes africanas, grupo em que os comportamentos de risco se estão a tornar mais prevalentes (Agyemang, Addo, Bhopal, Aikins, & Stronks, 2009). Os dados do 4º Inquérito Nacional de Saúde confirmam que, entre as doenças crónicas mais frequentes nas comunidades imigrantes estão a hipertensão arterial (13,1%) e a diabetes (2,8%) (Fonseca, Silva, Esteves, & McGarrigle, 2009). Desta forma, podemos identificar alguns determinantes de saúde que atuam junto dos imigrantes – características individuais, a genética, os estilos de vida e os comportamentos – que vão interagir com as características das sociedades, dos lugares, dos ambientes e dos países em que estão inseridos, influenciando a sua saúde (Andrade, 2008). Estes motivos levam a considerar a investigação destas populações na Europa como prioritária (Young & al, 2009) de forma a compreender os fatores protetores e fatores de risco para a saúde dos imigrantes, nomeadamente no que diz respeito às doenças crónicas.

No que diz respeito à adaptação a uma realidade diferente, um estudo de 2008, referente aos cuidados de saúde prestados aos imigrantes, verificou que no caso da diabetes, os imigrantes revelam mais dificuldades em controlar a doença, apesar de referirem terem sido bem informados aquando do diagnóstico da doença (Costa et al, 2008, citado por Fonseca et al, 2009). Outro estudo acerca dos cuidados e prevenção do

VIH em imigrantes africanos a viver nos EUA, concluiu que ainda se verifica um défice nos conhecimentos relacionados com a transmissão, prevenção e tratamento desta doença, concluindo que seria desejável a existência de mais (e melhor?) educação para a saúde e um maior número de centros de diagnóstico e tratamento (Wood & Eteni, 2003). Os estudos relacionados com a infeção por VIH nos imigrantes africanos são comuns e, apesar de se tratar de uma doença infecciosa, também se trata de uma doença crónica, ajudando a compreender de alguma forma os seus comportamentos e perceções em relação a estas doenças e se sofreram alterações devido à imigração e estadia noutro país. Neste caso, apesar de se verificar um maior conhecimento, continuava a assistir-se a uma parte significativa dos imigrantes (25-30%) com conhecimentos insuficientes, apresentando comportamentos de risco (Wood & Eteni, 2003). O site do American Services Committee, publicou em 2009 informação acerca do estado de saúde dos imigrantes africanos, referindo que *“muitos imigrantes africanos não sabem como aceder autonomamente a cuidados de saúde”* (Health Needs in the African Community, 2009). O mesmo documento refere que existe uma necessidade de aumentar a consciência relativamente à doença crónica neste grupo da população, tal como de aumentar o acesso a cuidados de intervenção precoce, uma vez que os imigrantes de segunda geração apresentam maior prevalência de diabetes e hipertensão, apresentando um défice ao nível do estudo (sujeição a testes de diagnóstico) e prevenção de doenças cardiovasculares e cancro (Health Needs in the African Community, 2009). Apesar dos EUA apresentarem um sistema de serviços de saúde diferente do português, este documento ajuda na compreensão de uma realidade que poderá aproximar-se da nossa em termos dos comportamentos adotados pelos imigrantes numa sociedade ocidental.

A adaptação a uma realidade diferente pode alterar os riscos de doença, como abordado acima, uma vez que existem alterações ambientais, sentimentais e comportamentais. Este fenómeno introduz um aspeto importante para a interpretação de conhecimentos e atitudes relativamente às doenças crónicas: o conceito de risco. Devido a esta relação íntima entre doença crónica, prevenção e risco, importa referir que a ideia de risco presente na sociedade contemporânea, difundida entre os indivíduos, tende a sofrer uma visão fatalista, em que se defende que os riscos vêm de todo o lado (Nettleton, 2006). A ideia de “correr um risco” é, inclusive, muitas vezes associada a algo positivo, excitante e ligado ao crescimento pessoal (Nettleton, Lay Health Beliefs,

Lifestyles and Risk, 2006). Por outro lado, também temos a mediatização dos riscos, sendo que um baixo risco muito publicitado pode ter mais peso nas escolhas diárias e comportamentos das pessoas do que um risco alto pouco publicitado (Nettleton, Lay Health Beliefs, Lifestyles and Risk, 2006). Destes dois contributos para o conceito de risco pode perceber-se como a construção deste conceito pode ser muito complexa e subjetiva, por vezes ligada a atitudes menos conscientes e racionais do que se pensa. Um outro autor também verificou a existência de uma separação de conceitos no que diz respeito à manutenção de saúde e prevenção de doença, que são vistas como duas coisas diferentes – as causas de doença são mais vistas como fatores biológicos (em que não há nada a fazer) e a manutenção da saúde é mais associada a fatores comportamentais (por exemplo, o descanso como benéfico para a saúde) – sendo que as causas comportamentais de doença tendem a ser rejeitadas (Nettleton, Lay Health Beliefs, Lifestyles and Risk, 2006). Estes pontos de vista do conhecimento leigo acerca das doenças e do risco, relembram a necessidade de valorizar o pensamento leigo, sobretudo pelos profissionais de saúde e investigadores, para que estas questões não fiquem esquecidas.

#### *1.3.6 - Direitos e Deveres dos Imigrantes em Portugal*

No que diz respeito à saúde dos imigrantes, Portugal foi dos primeiros países da Europa a demonstrar a sua preocupação e comprometimento através da elaboração de diversos programas e iniciativas dirigidas a este grupo da população que, desde a independência das colónias nos anos 70, apresentou um crescimento exponencial com um pico nos anos 90, sendo que em 2009 estavam legalizados sensivelmente o dobro dos imigrantes vindos dos PALOP do que em 1980 (SEF, 2010). Segundo o recenseamento geral da população em 2001, verificava-se já nesta altura 329 116 habitantes dos PALOP em Portugal, referindo-se apenas aos imigrantes de primeira geração, o que revela uma fatia importante da população residente em Portugal nesse ano, e que devemos ter em conta que tem vindo a aumentar (INE, 2002). No entanto, estes dados apenas refletem o número de estrangeiros legalizados, sendo desconhecido o número de imigrantes ilegais, que se pensa terem um peso significativo no total da população imigrante. Ainda assim, todos os imigrantes se encontram protegidos por

direitos que asseguram a prestação de cuidados de saúde, como consagrado na Declaração Universal dos Direitos Humanos.

Assim, no que diz respeito aos seus direitos, os imigrantes em Portugal têm direito a *“integração no sistema da Segurança Social, da Saúde e de pleno gozo dos direitos e deveres laborais”* e *“medidas específicas ao nível da Educação, do realojamento e de outras medidas de carácter social, como seja o Rendimento Mínimo Garantido”* (Falcão, 2002). Mais especificamente na saúde, todos os imigrantes podem aceder ao SNS, o que se baseia na Declaração Universal dos Direitos Humanos, expressos na Constituição da República Portuguesa, que ditam os princípios fundamentais de igualdade de dignidade e direitos (artigo 1º), independentemente da raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou outra (artigo 2º), o direito a um nível de vida que permita assegurar a saúde e a assistência médica (artigo 25ª) (Diário da República, 1979). Também de acordo com a Lei de Bases da Saúde, o SNS caracteriza-se por *“ser universal”* e *“garantir a equidade no acesso dos utentes com o objetivo de atenuar desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados”* (Base XXIV), sendo que são *“beneficiários do Serviço Nacional de saúde os cidadãos estrangeiros residentes em Portugal, em condições de reciprocidade, e os cidadãos apátridas residentes em Portugal”* (Base XXV) (Lei de Bases da Saúde, 1990). Em termos mais gerais, também foram criadas outras iniciativas como os Centros Nacionais de Apoio ao Imigrante em 2004, onde são colocadas ao dispor dos imigrantes diversos serviços (Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, a Segurança Social, a Inspeção Geral do Trabalho, o Ministério da Educação, Ministério da Saúde e Ministério da Justiça) e gabinetes de apoio (Gabinete de Apoio Jurídico, Gabinete de Apoio ao Reagrupamento Familiar, Gabinete de Apoio Social, Gabinete de Apoio ao Emprego e de Apoio à Habitação), permitindo um melhor acesso a serviços e informação para os imigrantes, nomeadamente na área da saúde (Horta & Carvalho, 2007). Também está disponível em Portugal uma linha telefónica de apoio (Linha SOS Imigrante), diversas publicações do ACIDI (Guia da Saúde Para Imigrantes, Guia Imigração em Portugal, Brochura Informativa Acerca da Tuberculose), representações consulares de alguns países que ajudam os respetivos imigrantes no encaminhamento e questões legais, ONG's e instituições religiosas que proporcionam apoio (Horta & Carvalho, 2007). Também deve ser referido o papel do Alto Comissariado Para a

Imigração e Diálogo Intercultural, que tem como missão acolher os imigrantes, com a prioridade de facilitar o seu contacto com a administração pública para resolução de problemas de integração (Horta & Carvalho, 2007).

A equidade e o direito à saúde aqui expressos não impedem que os imigrantes sejam *“reconhecidos como um grupo particularmente vulnerável na área de saúde, devido a fatores diversos”* (DGS, 1999). Assim, os imigrantes são representados frequentemente como um grupo em desvantagem social, uma vez apresentam maior dificuldade em encontrar emprego, conseguir uma consulta no médico e ter bom desempenho na escola, o que poderá conduzir a sentimentos de exclusão, frustração, revolta e desadaptação (Santinho, 2006). Esta vulnerabilidade deve-se a inúmeros fatores como a ausência de um comportamento de procura de serviços de saúde, a dificuldade de adaptação a uma nova cultura e hábitos, a discriminação, o afastamento da família que constituía a sua rede de apoio, as condições socioeconómicas dos imigrantes que normalmente são deficitárias e os seus trabalhos, que são associados a uma maior precariedade, com maior risco de lesão para a sua saúde (Dias & Rocha, 2009).

Devido ao reconhecimento destas vulnerabilidades, Portugal desenvolveu políticas de apoio aos imigrantes que o colocaram entre os países mais proactivos da Europa nesta área de cuidados. No entanto, ainda que se assista à criação de numerosas salvaguardas jurídicas para a proteção do direito à saúde dos imigrantes, estes também são responsabilizados e chamados a agir para proteção da sua própria saúde – têm também o dever de proteger a sua saúde.

#### *1.3.7 - Melhor acesso a serviços de saúde vs. maior utilização dos serviços de saúde*

A criação de modelos explicativos do acesso aos cuidados de saúde não é nova: em 1974 Aday e Anderson, citados por Andrade (2008), criaram um modelo que relaciona o acesso com as políticas de saúde, o financiamento, a educação, a organização dos serviços de saúde e dos recursos humanos. Ainda nos anos setenta, foram desenvolvidos outros modelos que englobam o contexto cultural, assumindo uma



vertente mais humanista (Andrade, 2008). Outro modelo desenvolvido por Wan e Soifer atribui um papel fundamental aos fatores sociais, económicos, culturais e tradicionais, tendo em conta que tanto os aspetos sociodemográficos como os aspetos psicológicos promovem ou limitam a auto-percepção de necessidade de cuidados de saúde, a disponibilidade de cada indivíduo e, consequentemente o acesso e utilização dos serviços de saúde (Andrade, 2008). Assim, é sabido que a disponibilidade de serviços não determina, por si só, o acesso aos mesmos. Apesar do acesso à saúde estar garantido na legislação e das entidades prestadoras de cuidados terem as portas abertas aos imigrantes, essas não são garantias de acesso e utilização dos cuidados de saúde.

O acesso aos cuidados de saúde pode ser limitado por preconceitos e discriminação dos imigrantes, desconhecimento da legislação e dificuldade em cumpri-la, pela reduzida sensibilidade dos profissionais de saúde para a diversidade cultural e pela burocracia (Fonseca, 2005; citado por Andrade, 2008). Também se deve considerar que, da vertente dos imigrantes, se impõem algumas limitações ao acesso dos serviços de saúde como a ausência de uma cultura de saúde preventiva, a dificuldade em suportar os custos financeiros das taxas moderadoras, as dificuldades de mobilidade geográfica e dificuldades linguísticas e a situação irregular de alguns que agrava os fatores anteriores, uma vez que estes imigrantes tendem a recear a denúncia pelos profissionais de saúde, o que os leva a recorrer sobretudo aos serviços de urgência e a não acederem a outros níveis de cuidados (Fonseca, 2005, citado por Andrade, 2008). Resumidamente, as barreiras de acesso aos serviços de saúde podem ser estruturais (disponibilidade e oferta de serviços ou profissionais, taxas moderadoras, tempo de deslocação, horário de funcionamento dos serviços de saúde e redes de referênciação), relacionadas com os profissionais de saúde (idade, género, religião, etnia, experiência profissional ou atitude no exercício da sua atividade) e relacionadas com a procura (género, a idade, a cultura, a etnia ou a nacionalidade do utente, o rendimento, escolaridade, área de residência ou atividade profissional) (Andrade, 2008).

Relativamente ao papel dos profissionais, com grande responsabilidade na educação para a saúde, na qualidade de cuidados, no tratamento e seguimento dos utentes, PEREIRA (2011) relembra que a antropologia médica tem demonstrado que os profissionais de saúde se esquecem do fator cultural e da sua importância, sendo

influenciados pelo seu próprio background cultural ou pela sua formação académica e profissional ao desempenhar a sua profissão. Assim, relembra-se que as barreiras de acesso a serviços de saúde ou de transmissão de informação tendem a existir tanto do lado dos profissionais como dos utentes, sendo que os discursos de ambos à volta da saúde variam claramente de acordo com o contexto social, cultural, biográfico e económico (Nettleton, Lay Health Beliefs, Lifestyles and Risk, 2006).

#### *1.3.8 - O exemplo da Guiné-Bissau: da problemática dos seus serviços de saúde à integração dos imigrantes guineenses em Portugal*

A abordagem específica dos imigrantes da Guiné-Bissau deve-se a questões metodológicas, que serão abordadas adiante, que levaram a que se seleccionasse os imigrantes deste país como população alvo do estudo.

A Guiné-Bissau partilha a maioria das características dos PALOP já discutidas: é um país marcado por baixo desenvolvimento, sobretudo devido à sua situação política instável e crise económica prolongada, que se iniciou com a independência e que se tem vindo a prolongar devido ao endividamento externo (Machado, 1998). Esta situação reflete-se nos cuidados de saúde: o país apresenta grandes assimetrias ao nível do acesso a cuidados de saúde, acesso a infraestruturas e recursos, com mais de 40% da população a viver a mais de 5km da estrutura de cuidados primários pública mais próxima (Pereira, 2011).

Em termos de constituição do sistema de serviços de saúde, o Serviço Nacional de Saúde da Guiné-Bissau inclui o sector público e o sector privado, não esquecendo a medicina tradicional, que ocupa um lugar de relevo nas opções de cuidados de saúde dos guineenses devido à precariedade reconhecida do serviço público. Foi criada, inclusivamente, uma estrutura de gestão e coordenação dos cuidados tradicionais no contexto dos cuidados primários, como forma de potenciar os seus benefícios (Pereira, 2011). Relatórios governamentais apontam os seguintes problemas como mais relevantes no setor da saúde (Pereira, 2011):

- Falta de supervisão periódica na distribuição e utilização dos recursos;

- Falta de recursos humanos (em quantidade e qualidade) e a sua má distribuição;
- Fuga de profissionais especializados, decorrente do conflito de Junho de 1998 (e muito provavelmente devido aos golpes de estado subsequentes, como o de 2012);
- Falta de infraestruturas e de equipamentos essenciais com condições básicas para assegurarem cuidados de qualidade;
- Deficientes vias de comunicação;
- Precariedade e insuficiência da rede de transportes;
- Constantes atos de vandalismo e de roubo de equipamentos, nomeadamente painéis solares, nos estabelecimentos de saúde por parte dos populares.

Desta realidade social são originários os imigrantes guineenses que se estabeleceram em Portugal, sobretudo na Região de Lisboa e Vale do Tejo. A chegada de guineenses ocorre sobretudo no princípio da década de 80, mas a causa laboral só impulsiona estes imigrantes a partir de meados da década de 80 e 90, que coincide com a chegada de grande número de imigrantes originários dos restantes PALOP (Machado, 1998). A concentração na área da grande Lisboa justifica-se pelo facto de se situar aqui o principal ponto de entrada destes imigrantes, tal como devido à maior empregabilidade disponível nesta área geográfica (Costa, 2009). Os guineenses constituem um tipo de mão-de-obra geralmente pouco qualificada, empregando-se nos ramos da construção civil, serviços domésticos e limpezas, que se encontram entre as profissões mais desfavorecidas a nível económico e social, com piores condições de trabalho e menor possibilidade de progressão (Costa, 2009). Esta manutenção dos papéis sociais ao nível da profissão desempenhada, exatamente por se manter semelhante à do país de origem, é apontada como um indicador de boa inserção destes imigrantes em Portugal (Costa, 2009), apesar de prolongar a pobreza e não constituir uma grande perspetiva de progresso económico para estes imigrantes. Ainda assim, alguns autores defendem que a integração plena é difícil de alcançar pelos imigrantes de primeira geração, por estar presente uma grande diferença cultural e haver dificuldade em se adaptar a hábitos e costumes do país de destino (Rocha-Trindade, 2010), fator que também é válido na adaptação a novos conceitos de saúde e doença e utilização de serviços de saúde e fontes de informação, e que serão considerados no presente estudo.

### *Quadro Conceitual*

O quadro apresentado abaixo (figura 1) representa os fatores que influenciam as percepções dos imigrantes dos PALOP relativamente às doenças crónicas, de acordo com a revisão bibliográfica apresentada. Procura relacionar as percepções trazidas pelos imigrantes do seu país de origem com os fatores que irão atuar em Portugal como modeladores das mesmas, resultando num conjunto de percepções e comportamentos relativamente às doenças crónicas.

Por um lado, são apresentadas as influências geradas por fatores intrínsecos como a idade e o género, aos quais se acrescentam fatores ambientais, culturais e políticos do país de origem, com os quais cada indivíduo interage desde o nascimento e vão determinando crenças e atitudes. A escolaridade e nível socioeconómico determinam igualmente a saúde dos indivíduos, como abordado acima, influenciando a procura e acesso a informação e serviços de saúde, o conhecimento e acesso a estilos de vida saudáveis e a hipótese de escolha dos mesmos.

No processo de imigração todo o background individual é moldado pela interação com novas realidades, desde a disponibilidade de serviços de saúde, às políticas e programas direcionados à saúde e, mais especificamente, às doenças crónicas. Assim, tal como já foi tratado, à medida que o tempo passa vai-se dando uma adaptação dos imigrantes ao país de destino, e a realidade que vivem em Portugal irá influenciar a sua percepção das doenças crónicas, determinando a presença de comportamentos preventivos, de tratamento e influenciando o momento em que é realizado o diagnóstico (precocemente ou não).

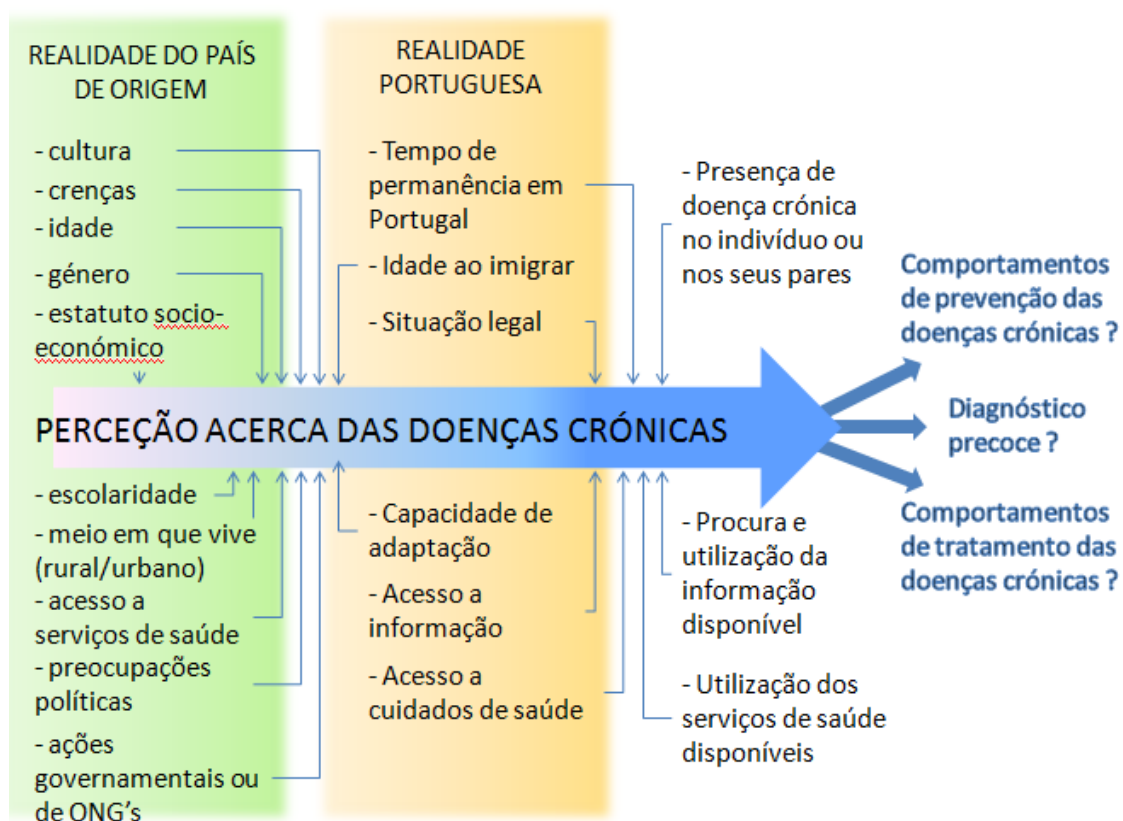


Figura 1

### *1.5 - Questões de investigação*

---

De acordo com a explicação do âmbito do presente estudo e com a revisão bibliográfica apresentada, irão considerar-se as seguintes questões de investigação:

- Que tipo de perspetivas têm os imigrantes da Guiné-Bissau acerca das doenças crónicas?
- Como é que o tempo de estadia em Portugal influencia essas perspetivas, tendo em conta o acesso a informação e serviços de saúde?

### *1.6 - Objetivos do estudo*

---

De forma a responder às questões de investigação e para criar uma linha orientadora do trabalho de investigação, de forma a estruturar a colheita e análise de dados, foram elaborados os seguintes objetivos:

- Conhecer as perceções dos imigrantes da Guiné-Bissau acerca da doença crónica;
  - Perceber de que forma o tempo de permanência em Portugal influenciou as suas perceções de doença crónica, tendo em conta o acesso a informação e a cuidados de saúde;
- Conhecer as atitudes dos imigrantes da Guiné-Bissau relativamente à doença crónica;
  - Perceber de que forma o tempo de permanência em Portugal influenciou as suas atitudes relativamente à doença crónica, tendo em conta o acesso a informação e a cuidados de saúde;
    - Compreender se os imigrantes da Guiné-Bissau recorrem ao SNS em consequência da doença crónica,
    - Compreender a evolução de comportamentos de prevenção e tratamento de doenças crónicas pelos imigrantes da Guiné-Bissau.

## *2 - Material e Métodos*

---

### *2.1 - Qualificação do estudo*

---

O presente trabalho de investigação segue uma abordagem qualitativa e exploratória. Trata-se de um estudo qualitativo, uma vez que tem como objetivo compreender motivações e comportamentos dos seus participantes, sendo ideal para estudar opiniões, atitudes e padrões de comportamento de forma aprofundada (Patton, 2002, p. 14). Assim, a temática é abordada de forma naturalista, potenciando a exploração do assunto num ambiente de forte interação, estando as conclusões sujeitas à interpretação do investigador. Por outro lado, trata-se de um estudo exploratório uma vez que, tal como foi verificado anteriormente, não foram encontrados estudos dedicados à abordagem desta problemática no contexto das doenças crónicas, envolvendo os imigrantes da Guiné-Bissau. Deste modo, o presente trabalho de investigação pretende iniciar uma abordagem ao tema das perceções dos imigrantes da Guiné-Bissau relativamente às doenças crónicas, propondo-se a compreender as suas perspetivas, atitudes e motivações acerca deste assunto. Finalmente classifica-se como transversal por representar uma visão num determinado ponto do tempo.

### *2.2 - População*

---

A população em estudo é constituída pelos imigrantes da Guiné-Bissau de primeira geração.

### *2.3 - Amostra*

---

Devido às dificuldades inerentes à abordagem de todos os indivíduos e à natureza exploratória da investigação, a amostra foi delineada tendo em conta alguns pressupostos, por forma a homogeneizar o grupo em estudo, permitindo a comparação dos resultados entre si:

- Seleção de uma só nacionalidade, uma vez que a realidade das doenças crónicas nos vários países dos PALOP apresenta algumas diferenças e os recursos disponíveis não permitem a exploração de todas essas realidades e tratamento de todas as variáveis existentes. Assim, a escolha de apenas um país de origem, permite obter dados mais precisos acerca da realidade trazida pelos imigrantes participantes no estudo, permitindo uma análise mais cuidada e aprofundada de um contexto específico. O país de origem selecionado foi a Guiné-Bissau uma vez que, através da revisão da literatura, se concluiu ser o PALOP que apresenta um menor desenvolvimento do sistema de serviços de saúde. Assim, pretende-se abordar a realidade existente num dos extremos dos PALOP, sendo a Guiné-Bissau o país de entre os PALOP onde provavelmente existirá menos informação acerca das doenças crónicas, da sua prevenção e tratamento, verificando-se uma transição mais abrupta para a realidade portuguesa, sendo mais perceptíveis as alterações que ocorreram após a imigração dos guineenses e como estas influenciaram as suas perspetivas acerca das doenças crónicas. Por outro lado, também existe uma maior facilidade em interpretar a realidade trazida por estes imigrantes, uma vez que a Guiné-Bissau é o único PALOP com que o investigador teve contacto presencial, o que se espera que venha a facilitar o contacto e seleção dos participantes e auxilie na interpretação dos dados colhidos;

- Seleção de indivíduos dentro de uma janela de escolaridade, para que todos tenham capacidade de se exprimir verbalmente de forma clara, com um vocabulário que permita explorar ideias, memórias e sentimentos de forma correta e perceptível ao entrevistador. Uma escolaridade semelhante também contribui para que os participantes se enquadrem num grupo de indivíduos com as mesmas capacidades de procura e interpretação de informação disponível sobre doenças crónicas, assim como de



conhecimento do SNS e capacidade de acesso ao mesmo. Isto porque existe uma relação conhecida entre a escolaridade (e consequente nível socioeconómico) com o acesso aos cuidados de saúde e nível de saúde (OMS, 2002, p. 21). Assim, serão seleccionados aqueles que apresentem escolaridade entre o 4º e 12º anos de escolaridade, de forma a evitar os extremos do analfabetismo e formação superior, que poderiam gerar grandes variações dos dados numa amostra relativamente pequena como a da presente investigação, introduzindo inúmeras variáveis que não poderiam ser estudadas minuciosamente;

- Seleção do meio em que viviam no país de origem (área urbana/rural), tendo sido seleccionada a área urbana, mais especificamente Bissau, onde será mais provável a disponibilidade de informação acerca de hábitos de vida saudável e prevenção e tratamento de doenças crónicas, devendo ser também o local em que existe melhor acesso aos serviços de saúde, uma vez que na Guiné-Bissau se verifica uma distribuição heterogénea dos serviços e profissionais de saúde, estando estes mais concentrados nas áreas urbanas (Pereira, 2011). Esta escolha permite que os participantes tenham uma experiência anterior semelhante e uma ideia formada acerca da realidade no seu país acerca das doenças crónicas e acesso a informação e serviços de saúde, de forma a poderem fazer uma comparação com a realidade em Portugal;

- Escolha de uma janela de idades para os participantes, iniciando-se nos 40 anos até aos 60 anos, que permitirá obter um grupo de participantes que já se encontrem há algum tempo em Portugal mas que ainda se recordem da realidade do seu país de origem com alguma acuidade. A seleção de uma janela de idades permite envolver pessoas que se encontram numa fase da vida semelhante, com preocupações e pontos de vista mais aproximados. Esta faixa etária também inclui aqueles que estão abrangidos pela grande maioria dos rastreios de doenças crónicas e que possivelmente já terão pensado mais acerca da problemática da saúde/doença, do envelhecimento e das doenças crónicas, o que permitirá explorar de forma mais consistente as suas perceções e atitudes relativamente às doenças crónicas e a forma como esta se tem alterado;

- Determinação de um tempo mínimo de estadia em Portugal, para que já tenham contactado com a realidade portuguesa e possam comparar as suas perceções acerca das doenças crónicas antes e depois de imigrarem para Portugal. Assim, será estabelecido

um mínimo de 5 anos de permanência em Portugal. Por outro lado, mas pelos mesmos motivos, deve ser estabelecida uma idade mínima com a qual imigraram, que se estabelecerá nos 20 anos de idade, para que tenham tido tempo de apreender a realidade no seu país de origem;

- Seleção de imigrantes em situação legal regular para que não existam constrangimentos, medo de represálias ou de denúncia devido à participação no estudo, pretendendo-se que as opiniões dos participantes sejam representativas da realidade, diminuindo-se ao máximo os fatores influenciadores da resposta como o medo de prejuízo pessoal, julgamento e represálias;

- Abordagem única das doenças cardiovasculares. Foi selecionado apenas este grupo de doenças crónicas devido às limitações de tempo, e uma vez que são estas as doenças crónicas mais prevalentes e publicitadas, sendo esta área muito abordada pelos média e pelos serviços de saúde, tanto nacional como internacionalmente. O objetivo foi facilitar a abordagem destas doenças crónicas em particular, que provavelmente serão as mais presentes nos conhecimentos da população. As doenças cardiovasculares também são influenciadas por todos os fatores de risco estabelecidos pela OMS como fatores de risco para as cinco doenças crónicas responsáveis por mais mortes a nível mundial – dieta desequilibrada, tabaco, excesso de consumo de álcool e inatividade física (OMS, 2011, p. VII). Assim, ainda que não seja possível abordar todas as cinco doenças crónicas mais importantes, irão estar subjacentes todos os fatores de risco estabelecidos pela OMS como os mais relevantes;

- Seleção de participantes com competência para realizar o consentimento informado, isto é, terem o discernimento necessário para avaliar o seu consentimento no momento em que o prestam (DGS, 1997), de forma a autorizarem o seu envolvimento no estudo e a utilização dos dados fornecidos para o mesmo.

Desta forma, estamos perante uma constituição de amostra intencional com um total de 20 (vinte) participante, distribuídos em dois grupos de 10 (dez) participantes, (1) uns que apresentam doença crónica cardiovascular conhecida e (2) outros que não apresentam doença crónica cardiovascular conhecida. A presença de doença crónica cardiovascular foi comprovada por indicação direta dos participantes (que dizem ter doença crónica) ou através de outros fatores referidos pelos participantes que indiquem

inequivocamente a presença destas doenças (por exemplo, participantes medicados com anti-hipertensores).

Foi selecionado um grupo de 20 participantes por se considerar que este número permite a obtenção de algum grau de saturação da informação obtida, isto é, permite a exploração de uma realidade com relativa densidade, permitindo a compreensão de perspectivas e atitudes. Também é reconhecido que este número de participantes, apesar de variar de acordo com a realidade a ser estudada, é o mínimo para o estudo do presente contexto (Dauster, 1999 citado por (Duarte, 2002, p. 144).

#### *2.4 - Processo de amostragem*

---

O processo de amostragem realizou-se por “bola de neve”. Esta abordagem permite que, a partir de um número reduzido de participantes iniciais, se alcancem outros através das redes de contactos dos primeiros. Este processo é contínuo, sendo que todos os participantes no estudo podem constituir uma “ponte” para outros possíveis participantes (Heckathorn G. , 1997) (Heckathorn & SalganiK, 2004). Com esta amostragem é possível alcançar populações menos acessíveis ao investigador (Heckathorn & SalganiK, 2004), o que se mostrou bastante útil e adaptado à realidade da presente investigação, devido à dificuldade encontrada em selecionar participantes com as especificidades estabelecidas para a participação no estudo.

A amostra foi diferenciada em dois grupos de participantes, o primeiro incluindo imigrantes que possuem uma doença crónica cardiovascular diagnosticada, sendo mais provável que tenham conhecimento dos recursos do SNS e os utilizem, sendo possivelmente mais conhecedores destas doenças e dos seus fatores de risco; e outro grupo de imigrantes sem doença crónica cardiovascular conhecida, que consequentemente não recorre aos serviços de saúde com o fim de a tratar ou controlar, tornando provável que tenham perceções e atitudes diferentes. Ambos os grupos foram selecionados na comunidade, recorrendo a instituições de ordem não-governamental e

não relacionadas com prestação de cuidados de saúde que todos tenham semelhante probabilidade de frequentar ou aceder. Preferencialmente, as instituições e associações utilizadas para a seleção da amostra tiveram a sua origem em imigrantes (criadas por imigrantes e para imigrantes), para que seja um meio mais conhecido e familiar, onde se não seja gerada tanta desconfiança, medo ou outros sentimentos negativos relativamente ao entrevistador e ao projeto de investigação, que poderiam influenciar os dados colhidos. A partir de alguns participantes selecionados nestes locais, recorreu-se a uma amostragem por bola de neve, tratada acima. Ambos os grupos (com e sem doença crónica) permitem compreender como as suas perceções das doenças crónicas se alterou com a imigração, compreendendo a alteração de conhecimentos, comportamentos e o papel do SNS, tanto por aqueles que o utilizam com o objetivo de tratamento da sua doença crónica cardiovascular como para os que não recorrem a ele com o mesmo objetivo, mas que possuem uma perceção da sua utilidade e acesso.

Desta forma, pretendeu-se que fossem incluídos na amostra os imigrantes que já recorrem aos serviços de saúde (por terem uma doença crónica diagnosticada e que deverá ser referenciada para seguimento frequente), mas que também fossem abordados aqueles que poderão ainda não recorrer aos mesmos (não tendo qualquer doença crónica diagnosticada e não fazendo uso frequente dos serviços de saúde com vista ao tratamento destas doenças). Este aspeto permite reduzir o viés de conhecimento acerca do diagnóstico, prevenção e tratamento da doença crónica que, provavelmente, será superior naqueles que se encontram numa instituição de saúde e poderão ter tido mais contacto com informação e ensinamentos dos profissionais de saúde nessa área. Se assim não fosse, e se entrevistassem apenas imigrantes que frequentam instituições da saúde ou apenas aqueles que não as procuram para tratamento de doenças crónicas, poderia acontecer que se encontrasse um nível de conhecimento superior ou inferior ao conhecimento real existente, uma vez que, aqueles que já se encontram numa instituição prestadora de cuidados de saúde, podem constituir um grupo de pessoas mais informada ou preocupada com a sua saúde.

## *2.5 - Recolha de dados*

---

A colheita de dados realizou-se através de uma pesquisa de campo, sob a forma de entrevistas semiestruturadas, com um guião delineado que permite guiar a entrevista e conduzir para os assuntos de interesse do investigador, e simultaneamente permite liberdade suficiente para que o entrevistado manifeste as suas opiniões, crenças e motivações, de forma a responder aos objetivos do estudo (Oliveira, 2000) (Valente, 2000).

Foi selecionada a entrevista semiestruturada, utilizando maioritariamente questões de resposta aberta, por auxiliar o entrevistador na condução da entrevista e na manutenção do foco do entrevistado nos aspetos relevantes para o estudo, mas permitindo liberdade para alterar, reformular ou invalidar algumas questões, tal como se considere pertinente no decorrer da entrevista (Valente, 2000). Por outro lado, a entrevista semiestruturada permite manter a liberdade suficiente para que possam ser expressadas ideias, opiniões e sentimentos, através da realização de questões abertas, não invasivas e sem a intenção de “pôr à prova” os conhecimentos dos entrevistados (Valente, 2000), o que poderia colocar o entrevistador na posição de avaliador, passando uma ideia de julgamento. Por outro lado, permite compreender e explorar com profundidade as perspetivas de cada participante, por forma a enriquecer os dados colhidos.

A grande vantagem deste tipo de colheita de dados é o facto de se recorrer diretamente à realidade, não esquecendo a base teórica constituída através de uma revisão bibliográfica. Por outro lado, tem a desvantagem de haver um baixo controlo sobre fatores que são desconhecidos para o investigador e que podem interferir nos resultados, assim como a possibilidade dos indivíduos (tanto os entrevistados como o entrevistador) falsearem os resultados ou as respostas (Soares, 2011). Duas formas de aumentar a acuidade do instrumento de colheita de dados é a realização de um pré-teste (que foi realizado e comprovou a adequação do guião de entrevista) e a gravação áudio das entrevistas, que constitui uma representação fidedigna dos dados colhidos (e se encontra disponível através do contacto com o investigador).

## 2.6 - Tratamento de dados

---

A colheita de dados por entrevista implica a necessidade da sua gravação, para redação e análise posteriores, de forma a garantir a veracidade e integridade da informação. Os dados colhidos nas entrevistas foram tratados através de método científico, recorrendo à análise de conteúdo que, segundo BARDIN (1997, p. 32), implica a escrita e decifração de todo o conteúdo trocado entre um emissor e um recetor, que deverá ser escrito e decifrado pelas técnicas de análise de conteúdo. A análise de conteúdo centra-se, sobretudo, na crença de uma “*neutralidade*” do método, no sentido de afastar qualquer indício de “*subjetividade*” que possa invalidar a análise, motivo pelo qual é caracterizada como uma metodologia científica. Para BARDIN (1997, p. 103)

*“Tratar o material é codificá-lo. A codificação corresponde a uma transformação – efetuada segundo regras precisas – dos dados brutos do texto, transformação esta (...) permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão, suscetível de esclarecer o analista acerca das características do texto (...)”.*

Desta forma, a análise das entrevistas iniciou-se por uma transcrição detalhada do conteúdo expresso e de silêncios, pausas e interjeições dos entrevistados, de forma a compreender o seu conteúdo e o contexto em que foi expresso. Foram igualmente anotadas e referidas algumas características da linguagem verbal utilizada, tal como algumas considerações relativas à linguagem não-verbal, que se considerou terem influência no conteúdo expresso ou na intensão manifestada pelo entrevistado.

Numa primeira fase, realizou-se uma pré-exploração do material com leituras flutuantes das entrevistas, de forma a organizar de forma não estruturada aspetos importantes para as próximas fases de análise. Pretendeu-se apreender as ideias globais e os seus significados, de forma a construir elaborações mentais para uma futura apresentação sistematizada dos dados. Numa segunda fase, selecionaram-se as unidades de análise ou unidades de significado, constituídas por palavras que dão resposta às questões de investigação e vão de encontro aos objetivos do estudo. Numa terceira fase

realizou-se a categorização e subcategorização, que permitiram agrupar a informação e exprimir significados diferenciados sobre os temas propostos. Esta codificação da informação foi realizada de acordo com a relevância e/ou com a frequência, de acordo com o material obtido nas entrevistas.

Desta forma, o processo de análise de conteúdo foi realizado de acordo com as normas estabelecidas por BARDIN (1977), sendo que as categorias construídas obedecem às seguintes qualidades:

- Exclusão mútua – cada elemento só deve existir numa categoria
- Homogeneidade – a organização das categorias deve cingir-se a um único princípio de classificação
- Pertinência – o sistema de categorização deve espelhar os objetivos do estudo
- Objetividade e fidelidade – garantia de que todo o material é sujeito à mesma forma de codificação, ainda que seja analisado várias vezes
- Produtividade – as categorias devem ser úteis, contribuindo para a produção de resultados de investigação

Desta forma, tona-se importante descrever cada categoria, como forma de explicitar o conteúdo que engloba. Seguem-se os pontos correspondentes a cada categoria e subcategoria, para que se compreenda inequivocamente a informação que deve pertencer a cada uma:

- Categoria: **Percepções acerca das doenças crónicas** - por percepção entende-se noção ou conhecimento (infopédia, 2003-2012) de uma pessoa acerca de um assunto, mais especificamente acerca das doenças crónicas, especialmente as cardiovasculares, por serem as selecionadas pelo investigador na construção da amostragem. Nesta categoria inclui-se a informação transmitida pelos entrevistados acerca da origem, duração e comportamento das doenças crónicas cardiovasculares.
  - Subcategorias:
    - Desconhecimento claro – referência clara de desconhecimento ou relacionamento das doenças crónicas cardiovasculares com fatores que nada têm a ver com as mesmas

- Reconhecimento de algumas doenças crónicas quando enumeradas – o entrevistado refere conhecer as doenças crónicas quando estas são enumeradas pelo investigador
  - Manifestação de conhecimentos relacionados com doença crónica – o entrevistado revela conhecimentos relacionados com as doenças crónicas cardiovasculares, que são tidos como corretos à luz dos conhecimentos científicos atuais
  - Manifestação de perceção ambígua/afirmação duvidosa de conhecimento – entrevistados que se mantêm em silêncio após enumeração ou explicação de alguns aspetos relacionados com as doenças crónicas cardiovasculares ou que respondem com “sim” a alguns aspetos, após insistência de explicação por parte do investigador
  - Expressão de dúvida/desconhecimento – o entrevistado refere ter dúvidas ou desconhecer parte das questões relacionadas com as doenças crónicas cardiovasculares
  - Reconhecimento da Diabetes como doença crónica – apesar de não mencionarem doenças crónicas cardiovasculares ou de referirem desconhecerem-nas, alguns entrevistados referem-se a esta doença crónica, identificando-a como tal sem que o entrevistador a nomeie.
- Categoria: **Influência do tempo de estadia em Portugal e influência do acesso a informação nas perceções e atitudes** – manifestação pelo entrevistado de alterações na perceção e/ou nos comportamentos de prevenção e tratamento das doenças crónicas, que se podem relacionar com o tempo de estadia em Portugal ou com o acesso a informação disponível em Portugal.
  - Categoria: **Comportamentos de tratamento (conhecimento e adoção dos mesmos)** – categoria aplicada a entrevistados com doença crónica cardiovascular. Inclui as referências do entrevistado a comportamentos de tratamento das doenças crónicas cardiovasculares, quer no que diz respeito ao



simples conhecimento como no que toca ao seu cumprimento. Estes comportamentos incluem: evitar fatores de risco (dieta desequilibrada, fumar, ingerir álcool e não fazer exercício físico) que atuam como agravantes no caso de estar já presente uma doença crónica cardiovascular; seguimento médico e cumprimento das suas indicações, incluindo a toma de medicação; realização de outras ações que são associadas com o tratamento das doenças crónicas cardiovasculares pelos entrevistados (por exemplo tratamentos tradicionais com ervas ou crenças não comprovadas pela ciência atual).

- Subcategorias:

- Desconhecimento de tratamento/seguimento – o entrevistado revela desconhecer comportamentos de tratamento para doenças crónicas cardiovasculares, nomeadamente a que possui
- Identificação de comportamentos de tratamento apenas quando nomeados – o entrevistado diz conhecer e/ou cumprir comportamentos de tratamento das doenças crónicas cardiovasculares, quando estes são nomeados pelo entrevistador
- Identifica comportamentos de tratamento – sem que sejam nomeados pelo investigador, o entrevistado refere conhecer e/ou cumprir comportamentos de tratamento das doenças crónicas cardiovasculares

- Categoria: **Comportamentos de prevenção (conhecimento e adoção dos mesmos)** – Categoria aplicada a entrevistados sem doença crónica cardiovascular. Inclui as referências do entrevistado a comportamentos de prevenção das doenças crónicas cardiovasculares, quer no que diz respeito ao simples conhecimento como no que toca ao seu cumprimento. Estes comportamentos incluem: evitar fatores de risco (dieta desequilibrada, fumar, ingerir álcool e não fazer exercício físico), ida ao médico regular ou participação em rastreios, menção a outras ações que são associadas com a prevenção das doenças crónicas cardiovasculares pelos entrevistados (por exemplo tratamentos tradicionais com ervas ou crenças não comprovadas pela ciência atual).

- Subcategorias:

- Ausência de vigilância – o entrevistado refere não ter qualquer vigilância no que diz respeito às doenças crónicas cardiovasculares, desconhecendo se é afetado por alguma destas doenças
  - Desconhecimento de comportamentos de prevenção – o entrevistado refere ou manifesta desconhecer comportamentos de prevenção das doenças crónicas cardiovasculares
  - Reconhecimento de comportamentos de prevenção apenas quando enumerados - o entrevistado diz conhecer e/ou cumprir comportamentos de prevenção das doenças crónicas cardiovasculares, quando estes são nomeados pelo entrevistador
  - Manifestação de perceção ambígua/afirmação duvidosa de conhecimento - entrevistados que se mantêm em silêncio após enumeração ou explicação de alguns aspetos relacionados com as doenças crónicas cardiovasculares ou que respondem com “sim” a alguns aspetos, após insistência de explicação por parte do investigador
  - Reconhecimento de comportamentos saudáveis e de risco – o entrevistado reconhece conhecer e/ou evitar comportamentos de risco para as doenças cardiovasculares.
- Categoria: **Opinião acerca do SNS (comparado com os serviços de saúde da Guiné, tendo em conta facilidade de acesso, acompanhamento e qualidade dos cuidados)** – O entrevistado manifesta a sua opinião acerca do SNS, justificando o acompanhamento, conhecimentos e comportamentos (ou ausência dos mesmos), tal como alterações na utilização dos serviços de saúde e perceção da sua utilidade (fatores decisivos para compreensão da informação constante nas restantes categorias).
    - Subcategorias:
      - Confiança no tratamento – o entrevistado expressa opinião acerca do processo de tratamento em Portugal e na forma como este se reflete na sua saúde

- Acesso aos cuidados de saúde – o entrevistado refere a presença ou ausência de barreiras no acesso aos cuidados de saúde em Portugal
- Comunicação e informação – o entrevistado caracteriza a forma e conteúdo presente na comunicação entre profissionais de saúde e utentes em Portugal
- Aspectos sobreponíveis – o entrevistado refere características sobreponíveis entre os serviços de saúde na Guiné e em Portugal

### *2.7 - Local*

---

O local físico de realização das entrevistas foi no interior das instalações das instituições, preferencialmente num local agradável, segundo disponibilidade, que permita privacidade e silêncio, para que as entrevistas não fossem interrompidas e fossem realizadas sem ruídos ou distrações. Foi possível usufruir de salas que ficavam fechadas apenas para a presença do entrevistador e entrevistado, com material que permita conforto básico, como uma mesa e duas cadeiras, permitindo o correto posicionamento do gravador de voz e do entrevistador e entrevistado entre si, sem barreiras físicas que distanciassem os envolvidos. Apesar deste conjunto de regras, questionou-se sempre o entrevistado acerca do local em que se sentia mais confortável. Os entrevistados foram informados atempadamente acerca da duração da entrevista, tipo de estudo e condições da colheita de dados, de forma a autorizarem a sua participação de forma informada.

As instituições foram selecionadas por conveniência do investigador, recorrendo-se a uma listagem exaustiva do ACIDI (Alto Comissariado para a Imigração e Dialogo Intercultural) das instituições existentes na área da grande Lisboa. Apesar de ser longa, esta listagem teve pouca utilidade prática, devido a inúmeras formalidades, tendo-se recorrido à amostragem por bola de neve, referida acima. Assim, as entrevistas realizaram-se nas instalações de duas instituições, sendo a primeira a Igreja Baptista de

Queluz que, além de constituir o local de culto religioso para um grupo de imigrantes guineenses que se reúne de forma independente, também desempenha funções de suporte social, através da prestação de apoio à comunidade imigrante, com intervenções planeadas pelos próprios guineenses de acordo com as suas necessidades percebidas. Isto inclui serviços à comunidade como ensino de língua inglesa, realização de convívios, explicações para crianças em idade escolar até ao 9º ano de escolaridade e apoio financeiro e suporte de novos imigrantes, incluindo encaminhamento legal, constituindo uma aparente rede de suporte. Nem todos os entrevistados pertenciam a esta comunidade, mas a Igreja disponibilizou uma sala adjacente às suas instalações para a realização das entrevistas. A segunda instituição participante na colheita de dados foi a Casa da Amizade, situada no centro de Lisboa, que apoia imigrantes com dificuldades financeiras ou carecendo de qualquer outra forma de suporte social. Através desta instituição realizaram-se duas entrevistas a residentes, que por sua vez indicaram outros participantes constantes na sua rede social de contactos que, por sua vez, foram entrevistados nas instalações da Igreja Baptista de Queluz, por maior proximidade à sua zona de residência.

## *2.8 - Aspectos éticos*

---

No que diz respeito aos aspetos éticos da investigação, obteve-se aprovação do comité de ética do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, em cooperação com a Universidade nova de Lisboa, para realização da presente investigação. Foi sempre tido em conta o imperativo de não prejudicar os entrevistados, de não causar dano físico ou provocar desconforto. Todos os participantes deram o seu consentimento informado para a participação no estudo, o que significa que foi dada informação e esclarecimento acerca do objetivo deste estudo, da importância da sua participação, dos meios usados para a gravação da entrevista, de todas as medidas tomadas para a garantia da sua privacidade e do direito em cessar a sua colaboração em qualquer fase do estudo. Também foi considerada a importância da privacidade aquando da realização da entrevista, que decorreu numa sala com as características expressas no capítulo “Local”.

No que diz respeito ao direito, à privacidade e anonimato dos participantes, realizou-se uma codificação das entrevistas, que permite numera-las e cita-las da seguinte forma:

- E1 (entrevista 1)
- E2 (entrevista 2)
- E3 (entrevista 3)
- ...

Ainda no que diz respeito aos aspetos éticos, foi pedido consentimento às duas instituições participantes no estudo, através da entrega de um exemplar do protocolo de investigação à direção ou administrativo que a representasse, para que fosse submetido à avaliação e autorização dos responsáveis, explicando a pertinência do estudo, os seus objetivos e metodologia.

Também foi entregue informação escrita, sob a forma de panfleto, acerca dos serviços de saúde disponíveis nas áreas de residência próximas das moradas dos participantes, para que estes soubessem onde recorrer no caso de desejarem fazer algum tipo de rastreio, tratamento ou aquisição de informação após a entrevista. Isto porque o entrevistado poderia ter iniciado um processo de reflexão sobre o assunto em estudo, podendo iniciar um caminho de procura de informação ou tratamento, que não poderia ser deixado ao acaso devido a todas as questões éticas que levanta.

### 3 - Resultados

Ao longo do presente capítulo serão apresentados os resultados segundo uma ordem que se coaduna com os objetivos estabelecidos e com as questões de investigação a que se pretende responder com este estudo. Estes últimos, por sua vez, também se refletem no tratamento de dados e consequente categorização, resultando nos subcapítulos apresentados abaixo.

#### 3.1 - Características sociodemográficas da amostra

Os dados aqui apresentados decorreram das entrevistas realizadas a uma amostra da população em estudo, que se encontra dentro dos critérios de seleção delineados anteriormente para a seleção dos entrevistados. No entanto, estes permitem algumas janelas de variação, que podem resultar num conjunto de dados, que serão determinantes na interpretação dos dados obtidos, nomeadamente as características sociodemográficas dos participantes. Assim, estas informações colhidas ao longo das entrevistas estão apresentadas nos quadros abaixo, encontrando-se divididas em dois grupos: os participantes com doença crónica e os participantes sem doença crónica.

| <b>Idade</b> | <b>Género</b> | <b>Estadia em Portugal (anos)</b> | <b>Idade ao imigrar</b> | <b>Escolaridade</b> | <b>Profissão</b> | <b>Cidade de origem</b> | <b>Presença de doença crónica</b> |
|--------------|---------------|-----------------------------------|-------------------------|---------------------|------------------|-------------------------|-----------------------------------|
| 45           | Feminino      | 5                                 | 40                      | 7º                  | Desempregada     | Bissau                  | Não                               |
| 45           | Feminino      | 6                                 | 39                      | 4º                  | Doméstica        | Bissau                  | Não                               |
| 42           | Feminino      | 5                                 | 37                      | 6º                  | Doméstica        | Bissau                  | Não                               |
| 40           | Feminino      | 6                                 | 34                      | 4º                  | Desempregada     | Bissau                  | Não                               |
| 43           | Feminino      | 5                                 | 38                      | 9º                  | Desempregada     | Bissau                  | Não                               |
| 43           | Feminino      | 5                                 | 38                      | 10º                 | Ajudante cozinha | Bissau                  | Não                               |
| 41           | Feminino      | 11                                | 30                      | 10º                 | Cozinheira       | Bissau                  | Não                               |
| 49           | Feminino      | 10                                | 39                      | 10º                 | Desempregada     | Bissau                  | Não                               |
| 47           | Feminino      | 5                                 | 42                      | 4º                  | Doméstica        | Bissau                  | Não                               |
| 43           | Feminino      | 6                                 | 37                      | 7º                  | Emp. Mercado     | Bissau                  | Não                               |

Quadro 2 – participantes sem doença crónica

| Idade | Género    | Estadia em Portugal (anos) | Idade ao imigrar | Escolaridade | Profissão         | Cidade de origem | Presença de doença crónica |
|-------|-----------|----------------------------|------------------|--------------|-------------------|------------------|----------------------------|
| 41    | Feminino  | 5                          | 36               | 11º          | Desempregada      | Bissau           | HTA*                       |
| 55    | Masculino | 10                         | 45               | 4º           | Operário fabril   | Bissau           | HTA*                       |
| 40    | Feminino  | 14                         | 26               | 4º           | Ajudante cozinha  | Bissau           | HTA*                       |
| 40    | Feminino  | 5                          | 35               | 6º           | Ajudante cozinha  | Bissau           | HTA*                       |
| 45    | Feminino  | 5                          | 40               | 10º          | Serviços limpeza  | Bissau           | HTA*                       |
| 40    | Feminino  | 7                          | 33               | 4º           | Desempregada      | Bissau           | VC*1                       |
| 43    | Masculino | 15                         | 28               | 10º          | Pintor            | Bissau           | HTA*                       |
| 55    | Feminino  | 5                          | 50               | 4º           | Serviços limpeza  | Bissau           | HTA*                       |
| 53    | Masculino | 10                         | 43               | 10º          | Minist. Religioso | Bissau           | HTA*                       |
| 40    | Masculino | 5                          | 35               | 12º          | Construção civil  | Bissau           | HTA*                       |

Quadro 3 – participantes com doença crónica

\*HTA – hipertensão arterial

\*1 VC – valvulopatia cardíaca

A partir dos quadros acima apresentados é possível verificar que a maioria dos participantes é do sexo feminino (dezasseis) e apresentam idades entre 40 e 50 anos (dezassete). Dos participantes no estudo, catorze (14) têm entre cinco (5) e sete (7) anos de estadia em Portugal, sendo que os restantes (seis) apresentam uma estadia bastante mais prolongada, entre dez (10) e quinze (15) anos. Todos passaram a maioria da sua vida em Bissau (nos anos em que viveram na Guiné) e, dos dez (10) participantes que apresentam uma doença crónica, nove (9) têm hipertensão arterial e um (1) apresenta uma valvulopatia cardíaca (todos apresentam doenças crónicas cardiovasculares).

Através de uma comparação entre os dois grupos de participantes verifica-se que aqueles que apresentam doença crónica têm, em média, sensivelmente mais um ano de escolaridade, mais vinte meses de estadia em Portugal e mais cinco anos de idade, relativamente aos participantes sem doença crónica. Quanto à escolaridade, a diferença é de mais 0,4 anos de escolaridade para os participantes com doença crónica.

A organização dos dados colhidos foi obtida através da separação dos entrevistados em dois grupos, um com e outro sem doença crónica. Também se recorreu ao delineamento de categorias, dentro dos grupos acima mencionados, com vista à identificação e agregação de ideias, opiniões e descrições semelhantes, e também como

forma de organizar a informação com vista ao estabelecimento de conclusões que respondam às questões de investigação. As categorias estabelecidas são as seguintes:

- Perceções acerca das doenças crónicas
- Comportamentos de prevenção (conhecimento e adoção dos mesmos)
- Comportamentos de tratamento (conhecimento e adoção dos mesmos)
- Opinião acerca do SNS (comparado com os serviços de saúde da Guiné, tendo em conta facilidade de acesso, acompanhamento e qualidade dos cuidados)
- Influência do tempo de estadia em Portugal e influência do acesso a informação nas perceções e atitudes

### *3.2 - Perceções acerca das doenças crónicas*

---

No que diz respeito às perceções acerca das doenças crónicas, inclui-se a informação transmitida pelos entrevistados acerca da origem, duração e comportamento das doenças crónicas cardiovasculares. Nesta categoria, os entrevistados apresentam um leque vasto de opiniões e ideias, sendo que alguns manifestam desconhecimento (seis referências de entrevistados sem doença crónica e quatro de entrevistados com doença crónica)

*“P – há alguns problemas de saúde que quando aparecem depois duram para a vida toda. Pode-se ir controlando mas o problema está sempre lá*

*R – sim, sim*

*P – conhece alguns problemas deste género?*

*R – não conheço...” E15*



*“P – os diabetes, a tensão alta, as trombozes... alguns problemas de coração, que quando aparecem depois duram para a vida toda... já ouviu falar nestas coisas?*

*R – não” E16*

Outros entrevistados reconhecem algumas doenças crônicas quando enumeradas pelo entrevistador (seis entrevistados sem doença crônica e três com doença crônica)

*“P – e sabe que há algumas doenças que quando as pessoas as têm depois duram para a vida inteira. Sabe assim dizer algumas, lembra-se de algumas?*

*R – bom, há alguns que eu sei...*

*P – por exemplo a tensão alta, diabetes...*

*R – tensão alta, diabéticos...” E18*

No grupo de participantes sem doença crônica percebida, dois apresentam manifestações de percepção ambígua/afirmação duvidosa de conhecimento, mantendo-se em silêncio após enumeração ou explicação de alguns aspetos relacionados com as doenças crônicas cardiovasculares ou respondendo apenas com “sim” a alguns aspetos, após insistência de explicação por parte do investigador, não se podendo concluir com certeza se têm conhecimentos ou não sobre os assuntos mencionados.

*“P - há alguns problemas de coração que, quando aparecem, depois não têm cura, ficam com as pessoas para a vida toda*

*R – ...*

*P – vocês sabem de alguns problemas? Por exemplo esse problema do coração, da válvula, fica em tratamento para toda a vida, ah... as pessoas que têm aqueles problemas, ataques cardíacos, por exemplo, depois ficam com problemas para toda a vida...*

*R - ...*

*P – têm problemas de AVC’s...sabe o que é um AVC?*

*R – sim sei...” E2*

Verifica-se ainda que um participante deste grupo reconhece imediatamente a diabetes como doença crónica, quando questionado acerca deste grupo de doenças (sem que o entrevistador a nomeie).

*“P – alguns problemas de saúde que quando aparecem duram para a vida inteira. Pode-se fazer alguns tratamentos para controlar mas nunca desaparece o problema. Conhece assim alguma doença?”*

*R – acho que a diabete é assim” E12*

Já o grupo de participantes com doença crónica também apresenta algumas particularidades, como um grupo de entrevistados que manifestam conhecimentos relacionados com a doença crónica (quatro)

*“sim, por causa de ser mais velho. Por causa de sal também... porque tensão também, às vezes pode não comer sal mas com qualquer doença pode também subir... sem sal pode também subir...porque para tensão não é só sal...” E18*

E outros que referem dúvidas relacionadas com esta problemática (dois)

*“eu, para mim, acho que não, ah... o meu pai não é, fazia tudo, ele gosta muito de praticar exercício, de praticar desporto, e tal, é uma pessoa um bocadinho, portanto em organizar certas coisas, sobretudo de comer, mas está com esse problema, por isso não sei se... eu julgava que se a pessoa fazia isso para evitar essa doença ele não teria, ah...” E21*

### ***3.3 - Comportamentos de prevenção e tratamento***

---

Quanto às categorias respeitantes aos comportamentos de prevenção e tratamento das doenças crónicas, houve necessidade de serem divididas de acordo com o grupo de participantes (com ou sem doença crónica). Assim, a categoria relativa aos

comportamentos de prevenção é aplicada a entrevistados sem doença crónica cardiovascular, uma vez que inclui as referências do entrevistado a comportamentos de prevenção das doenças crónicas cardiovasculares, quer no que diz respeito ao simples conhecimento como no que toca ao seu cumprimento. Estes comportamentos incluem: evitar fatores de risco (dieta desequilibrada, fumar, ingerir álcool e não fazer exercício físico), ida ao médico regular ou participação em rastreios e menção a outras ações que são associadas com a prevenção das doenças crónicas cardiovasculares pelos entrevistados (por exemplo: tratamentos tradicionais com ervas ou crenças não comprovadas pela ciência atual). Já no que diz respeito à categoria relativa aos comportamentos de tratamento, é aplicada a entrevistados com doença crónica cardiovascular, uma vez que implica a presença de doença e inclui as referências do entrevistado a comportamentos de tratamento das doenças crónicas cardiovasculares, quer no que diz respeito ao simples conhecimento como no que toca ao seu cumprimento. Estes comportamentos incluem: evitar fatores de risco (dieta desequilibrada, fumar, ingerir álcool e não fazer exercício físico) que atuam como agravantes no caso de estar já presente uma doença crónica cardiovascular, seguimento médico e cumprimento das suas indicações incluindo a toma de medicação e realização de outras ações que são associadas com o tratamento das doenças crónicas cardiovasculares pelos entrevistados (por exemplo tratamentos tradicionais com ervas ou crenças não comprovadas pela ciência atual).

### *3.3.1 - Comportamentos de prevenção (conhecimento e adoção dos mesmos)*

Na categoria relativa aos comportamentos de prevenção (aplicada ao grupo de participantes sem doença crónica) verifica-se que dois entrevistados apresentam ausência de vigilância relacionada com as doenças crónicas

*“na período que, na Guiné tem uma confeção, naquele tempo, eu tem tensão baixo, todos os dias eu tem problema, tonturas ou...quando vai ao médico diz: tem tensão muito baixa...agora eu não sei mas...agora pode estar alta.” E2*

E quatro desconhecem comportamentos de prevenção

*“P – por exemplo, há coisas que as pessoas devem fazer para evitar ficar doentes...*

*R - ...*

*P – como ter uma alimentação boa, fazer exercício, não fumar, não beber álcool... vocês acham que há essa informação cá em Portugal, já encontraram essa informação, ou não?*

*R – não, ainda não...mas muitas vezes eu vi o médico está fumar (risos)”*

*E2*

*“P – sabe se há alguma coisa que se possa fazer para evitar estas doenças...ou não?*

*R – pois... pode ser...*

*P – acha que estas doenças podem ser evitadas?*

*R – sim... acho que com tratamento, com medicamento...*

*P – mas antes de elas aparecerem, pode-se fazer alguma coisa para elas não aparecerem?*

*R – na Guiné... não sei, não sei...” E16*

Ainda assim, alguns entrevistados sem doença crónica (três) identificam comportamentos de prevenção das doenças crónicas quando estes são enumerados pelo entrevistador

*“P – já alguma vez ouviu estas coisas em algum lado?*

*R – eu ouvi causa de sal...” E15*

Quatro entrevistados manifestam uma perceção ambígua ou afirmação duvidosa de conhecimento, mantendo-se em silêncio após enumeração de fatores de risco para as doenças crónicas cardiovasculares ou que respondem com “sim” ou com expressões vocais afirmativas a alguns aspetos, após insistência de explicação por parte do investigador

*“P – não... hum, por exemplo, já ouviu falar em algumas coisas que se podem fazer para se ser mais saudável?*

*R – não...*

(tradução)

*P – por exemplo, beber muita água, não comer gorduras, fazer exercício, não fumar... já ouviu falar nestas coisas?*

*R – hum hum” E10*

Já três entrevistados sem doença crónica reconhecem comportamentos saudáveis e de risco

*“P – e sabe que há algumas coisas que você pode fazer para evitar essas doenças? Conhece assim algumas coisas?*

*R – a diabetes tem que controlar. Tem que saber o que devias comer, o que não devias comer, para não alterar, para não fazer... “ E12*

*“medicamento só não adianta, você também tem que cuidar. Você já sabe que tem certo problema, deverias fazer isto, não deve fazer esta coisa... tem que fazer!” E14*

### *3.3.2 - Comportamentos de tratamento (conhecimento e adoção dos mesmos)*

Na categoria relativa aos comportamentos de tratamento (aplicada ao grupo de participantes com doença crónica) verifica-se que dois entrevistados revelam desconhecimento acerca do tratamento ou seguimento da sua doença crónica

*“P – mas sabe que há algumas coisas que se pode fazer para evitar estas doenças...*

*R – não...*

*P – não...por exemplo, já ouviu falar em comer bem, fazer exercício físico, não fumar, não beber álcool...aquelas coisas que são boas para a saúde... já ouviu assim falar em algum lado?*

*R – não...” E8*

*“P – e sabe se há alguma coisa que se pode fazer para evitar ter esses problemas de saúde? Para não ficar doente?*

*R – comprimidos” E17*

Outros (cinco) identificam comportamentos de tratamento quando estes são enumerados pelo entrevistador

*“R – não disse para não fumar, mas disse para comer mais pouco*

*P – não comer muitas gorduras...*

*R – não comer muito coisa de gorduras, coisa melado” E4*

*“P – por exemplo, já ouviu falar em algumas coisas que são de risco para estas doenças, que se as pessoas fizerem depois têm maior probabilidade de vir a ter estas doenças crónicas... problemas de coração, este género*

*R – (ausência de resposta)*

*P – por exemplo, usar muito sal, beber álcool, comer muitas gorduras, não fazer exercício físico... já ouviu falar assim nessas coisas?*

*R – não, várias vezes, são coisas que já ouvi falar muitas vezes” E20*

Nesta categoria, podem ainda ser enumerados quatro participantes com doença crónica identificam comportamentos de tratamento das doenças crónicas

*“comer bem! Há muitas comidas que não podes usar... tudo aquilo né, a tua médica de família explica. Portanto, não abusar muito no sal e fazeres aquele exercício e... comer bem e às vezes também não podes comer muita carne que tem muita gordura como, no meu caso, não posso abusar muito nas, na carne. Primeiro peixe e também não coisas muito gorda.” E5*

*“evitar o sal, hum, muito sal na comida... eh... muita gordura... beber mais líquido, em termo de água...” E21*

### *3.4 - Opinião acerca do SNS (comparado com os serviços de saúde da Guiné, tendo em conta facilidade de acesso, acompanhamento e qualidade dos cuidados)*

---

A opinião dos entrevistados em relação ao SNS comparativamente com os serviços de saúde da Guiné, abrange as referências feitas pelos mesmos relativamente ao acesso, ao acompanhamento e à qualidade dos cuidados de saúde. Também incorpora a relação estabelecida pelos participantes entre esta opinião e a aquisição/ausência de novos conhecimentos de saúde e doença, o reconhecimento/desconhecimento da utilidade do SNS e a alteração/manutenção dos padrões de utilização dos serviços de saúde.

A opinião dos entrevistados acerca do SNS vai maioritariamente no sentido de reconhecer melhores condições de atendimento e tratamento em Portugal, relativamente às encontradas na Guiné, onde a maioria dos participantes refere existir falta de recursos humanos e materiais. Apenas dois entrevistados sem doença crónica referem aspetos sobreponíveis entre cuidados de saúde em Portugal e os da Guiné

*“P – e acha que existem algumas diferenças entre os serviços de saúde cá em Portugal e na Guiné? Ou é igual?”*

*R – é igual” E15*

Quanto aos restantes participantes sem doença crónica, cinco referem-se à comunicação e informação, caracterizando a forma e conteúdo presente na comunicação entre profissionais de saúde e utentes em Portugal, referindo calma e paciência dos profissionais de saúde em Portugal e maior facilidade de acesso a informação

*“P – e acha que cá encontra facilmente esse tipo de informação, ou não? (...)*

*R – mais melhor ainda.” E6*

*“ah, no hospital, na área de atendimento tem diferença. Quando eu fui fazer consulta atenderam-me bem, (...). Na minha terra não é assim. (...)*

*Mas aqui não, atende mesmo, presta atenção, cuida de ti até nascer bebé, fala contigo direitinho assim, gostei.” E12*

*“mas aqui, mesmo tem dói na unha assim, tem vem alguém te fala assim, tem calma, vai passar, tá tudo bem” E16*

Um participante sem doença crónica refere que o acesso aos cuidados de saúde em Portugal não está dependente do seu pagamento

*“Aqui não, aqui quando não há dinheiro não há nada, posso fazer tratamento” E2*

E verificam-se duas referências à confiança no tratamento em Portugal

*“Como há tratamento é diferença, pode durar muitos anos, mas na Guiné não pode” E2*

*“Eu fiz muitas análises que eu nunca fiz na Guiné, eu nunca esperei que hoje em dia vai ficar de vida até hoje” E13*

Quanto ao grupo dos participantes com doença crónica, também existem referências (quatro) ao tratamento em Portugal, sendo que uma é de descrença

*“fico cá a sofrer e não tá a fazer tratamento, não vale a pena...” E8*

e as restantes são positivas

*“Mas se não está muito melhor, aqui médico, doutora, dizer não vai embora” E4*

*“e as vezes eu penso, se eu estava na Guiné eu pode morrer de repente e não sabia que eu tenho esse problema...(…) nunca fazem um exame assim, mesmo como aqui, para saber o que é que eu tinha...” E7*

No acesso aos cuidados de saúde, existem três referências ao fácil acesso e ao reconhecimento da utilidade dos cuidados

*“podes ir aí fazer a consulta facilmente sem problema sem nada” E5*



*“Então vale a pena ir ao médico para prevenir. Porque vale a pena remediar não é, vale a pena ir mais cedo do que estarmos a fazer coisa mais tarde. Prevenir é muito mais melhor. Que ir ao médico faz parte da vida de uma pessoa.” E20*

E uma referência a um acesso que se traduz em insatisfação para o utilizador

*“Eu fui lá e médica diz que se eu não tenho hemorragia no momento não pode fazer nada, tem que voltar porque diz para pagar 20 euros, eu não tenho dinheiro, eu volto para casa, mas continua com hemorragia, até agora.” E8*

Já no que diz respeito à comunicação e informação, os participantes com doença crónica mantêm uma opinião unanimemente positiva, com quatro referências a um relacionamento com os profissionais de saúde resultante em informação

*“A tua médica de família te explica (...) porque quando tens médico de família é fácil de explicar-te” E5*

*“Tem bom médico e entendeu direito” E19*

Uma referência à atenção prestada nos serviços de saúde em Portugal

*“sim, os médicos de cá, acho que, digamos, têm mais, hum, digamos que carinhos né, dão mais carinhos às pessoas, de pacientes... mas na Guiné, o que tenho notado ali é que, pronto, não há aquela tanta pachorra” E21*

E uma referência ao encaminhamento em Portugal e aos conhecimentos dos profissionais de saúde

*“Mas em termos de atendimento, de sabedoria, a forma de encaminhas assunto, é totalmente diferente. Como eu diz, faz parte do desenvolvimento de um país, metodologias, questão de informação também, é diferente.” E20*

Também encontramos uma referência à dispersão da informação, que é identificada noutros locais que não através do sistema de serviços de saúde

*“na Guiné também ouvi falar mas é uma maneira mais... (...) Agora para quem vive cá em Portugal, vê na televisão, na rádio, nos jornais (...)” E20*

### *3.5 - Influência do tempo de estadia em Portugal e influência do acesso a informação nas percepções e atitudes*

---

A última categoria refere-se à influência do tempo de estadia em Portugal e influência do acesso a informação nas percepções e atitudes dos participantes. Engloba a manifestação pelo entrevistado de alterações na percepção e/ou nos comportamentos de prevenção e tratamento das doenças crónicas, que se podem relacionar com o tempo de estadia em Portugal ou com o acesso a informação disponível em Portugal.

Dos participantes sem doença crónica, dois referem alterações inerentes à estadia em Portugal, referindo encontrar informação na televisão desde que vieram para Portugal (acerca da prevenção de doenças e da promoção da saúde), o que não acontecia na Guiné, onde a informação estava junto dos profissionais de saúde, tendo que se recorrer aos segundos para aceder à primeira

*“na televisão eu vi, tava lá” E15*

*“eu ouvi na televisão, depois eu ouvi também na centro de saúde. Sim, vi na televisão sempre.” E16*

Outro participante sem doença crónica refere não ter adquirido qualquer informação adicional desde que está a viver em Portugal

*“P – acha que pensa da mesma maneira ou tem mais alguma informação  
R – não” E12*

E outro entrevistado (sem doença crónica) refere o facto de na Guiné se recorrer aos serviços de saúde quando se sente que se está doente, o que revela que se deparou com

outra possibilidade desde que está em Portugal (paradigma de utilização dos serviços de saúde por doença aguda versus utilização com vista ao rastreio, prevenção e tratamento)

*“Na Guiné, quando uma pessoa está doente, vai ao hospital, na Guiné é assim” E2*

Dos participantes com doença crónica, três referem ter mais acesso a informação

*“Quando eu estava lá não tem esse problema de tensão alta. Aqui eles falaram nisso...” E7*

*“R – é... a ideia é a mesma só que é assim, só que eu é que tenho que evitar algumas coisas...*

*P – agora já sabe que pode fazer alguma coisa para evitar*

*R – alguma coisa para evitar, iá” E9*

*“Embora a forma a aplicá-los é um pouco diferente em relação de um país desenvolvido. Agora para quem vive cá em Portugal, vê na televisão, na rádio, nos jornais, já é uma coisa ignorante não é? Já todo o mundo ouvir a falar... quer ou não quer tem que ouvir mesmo que desporto é muito importante. Questão de bebida, questão do alcoólico, progressão de droga e cuidados higiénico, é uma coisa que agente costuma ouvir não é.” E20*

Um entrevistado refere que em Portugal passou a ter consultas de rotina, revelando um acompanhamento a longo prazo

*“Enquanto aqui (...) de vez em quando estou doente vou à consulta. Mas também tenho aquele consulta de rotina” E5*

Outro entrevistado com doença crónica refere que em Portugal existe maior facilidade em prevenir doenças crónicas por existirem meios para tal

*“aqui em Portugal? Acho que... porque aqui tem mais ou menos, alguém disse, pessoas têm condições de evitar essas coisas. Tá ver na Guiné, por exemplo na aldeia não tem condições de comprar...” E7*

Por fim, há uma referência às informações de prevenção de doenças disponíveis na Guiné, que se referem sobretudo a comportamentos que previnem a transmissão de doenças infecciosas (ao contrário de Portugal, onde a informação mais disseminada se refere à promoção de estilos de vida saudáveis e prevenção das doenças crónicas)

*“P – e dessas coisas que devia prevenir, lembra-se de algumas? Algumas coisas que pode fazer para prevenir essas doenças? Ainda se lembra?*

*(risos)*

*R – eles falam sobre, por exemplo, tuberculose, explicam se uma pessoa tem tuberculose e está depois comer, como na aldeia não temos...serve a comida junta, nesse prato, come e a pessoa pode comer e tu chegas, pegas e come... lembro essas coisas, por exemplo eu não sabia disso... pra coisa ser fácil, fazia assim, sem saber. E aquele disse que não pode escovar com mesmo escova, cada um tem que ter individual, tem que ter...” E7*

## *4 - Discussão e Conclusões*

---

### *4.1 - Discussão*

---

Tal como a apresentação dos resultados, a discussão foi sistematizada de acordo com os objetivos do estudo e com as categorias construídas para análise do conteúdo das entrevistas, seguindo-se a sequência apresentada nos resultados.

#### *4.1.1 - Percepções acerca das doenças crónicas*

Compreender como se constrói a percepção de saúde, de risco e doença é essencial para analisar os dados obtidos neste capítulo. O conceito de risco na saúde é originário dos séculos XVI e XVII, altura em que era associado ao poder divino e ao destino – forças superiores que não podiam ser controladas – tendo evoluído até os dias de hoje, em que se relaciona diretamente com as ações humanas, introduzindo-se o conceito atual de prevenção (Coelho & Leitão, 2008). A linearidade deste conceito encontra fronteiras sociais como as influências da classe social, género, etnicidade, mudanças de vida e acesso às fontes de poder, que continuam a influenciar fortemente o conceito de risco (Coelho & Leitão, 2008), conceito esse que é indissociável da doença crónica e da sua interpretação, prevenção e tratamento.

No que diz respeito aos imigrantes africanos, verifica-se que estes tendem a interagir com a medicina ocidental apenas em situações de emergência, dando grande importância às curas tradicionais (Santinho, 2006).

Todos os conceitos e opiniões trazidas pelos imigrantes estão sujeitos a modificações, resultantes do convívio com inúmeras informações, tanto de ordem governamental como publicitária a incitar ao consumo, que poderão ser responsáveis por alterações de conceitos de saúde, doença, tratamento e prevenção. Até a

interpretação de sintomas, a decisão de procurar ajuda e a atribuição de direitos e expectativas às pessoas doentes é mediada pelo contexto social e cultural (Nettleton, 2006). Especificamente no que diz respeito à doença crónica, o seu impacto tende a ser avaliado de acordo com a influência na manutenção das tarefas do dia-a-dia (disrupção com o trabalho e rotinas domésticas) e de acordo com as conotações atribuídas à doença (que afetam o seu portador e os que o rodeiam, variando de acordo com o contexto sociocultural e com a fase do ciclo de vida em que a pessoa se encontra) (Nettleton, 2006) (Morgan, Colnan, & Manning, 1985).

É neste contexto que se introduzem os conhecimentos manifestados pelos entrevistados acerca das doenças crónicas, onde se verifica que os imigrantes sem doença crónica apresentam respostas mais confusas, existindo um número considerável de referências de desconhecimento relacionado com a doença crónica e sendo que apenas um entrevistado se refere a uma doença crónica sem que o entrevistador a nomeie (a diabetes). Já no grupo dos imigrantes com doença crónica, verifica-se a maioria reconhece este tipo de doenças e apresenta algum tipo de conhecimento relacionado com as mesmas, existindo até expressão de dúvidas acerca desta problemática. Assim, verifica-se que, dos participantes no estudo, os que apresentam doença crónica revelam claramente mais conhecimentos, sendo visível que já tiveram contacto com informação neste contexto e que já pensaram acerca deste assunto, ideia que é reforçada pela apresentação de dúvidas sustentadas na lógica da prevenção e tratamento destas doenças. Provavelmente, esta diferença de conhecimento entre participantes com e sem doença crónica dever-se-á ao facto da maioria dos primeiros recorrerem ao SNS por rotina devido à sua doença, encontrando profissionais que os despertam para esta problemática, enquanto os segundos referem, maioritariamente, não ter qualquer seguimento médico ou então recorrer aos serviços de saúde esporadicamente, apenas quando se sentem doentes (a maioria refere este tipo de comportamento e os restantes são acompanhados por médicos especialistas devido a outras patologias).

Ainda assim, verifica-se que uma minoria dos participantes com doença crónica revelam ao longo de toda a entrevista um desconhecimento acerca da Hipertensão Arterial que têm, havendo mesmo um que diz não ter hipertensão desde que fez

tratamentos tradicionais, mas está medicado com anti-hipertensores. Apesar se serem uma minoria no seu grupo, estes participantes com doença crónica e perceções pouco ou nada modificadas, revelam a existência de prováveis barreiras de acesso e/ou comunicação entre profissionais e utentes, uma vez que já tiveram contacto com o SNS (quer devido à doença crónica, quer noutros contextos) e, ainda assim, não compreenderam a sua doença crónica.

Para esta desinformação (tanto dos participantes com doença crónica como dos sem doença crónica) podem contribuir as próprias perceções de saúde dos imigrantes, que poderão estar mais despertos para a problemática das doenças agudas e infecciosas, normalmente com causalidades diretas e manifestações imediatas, associadas a um paradigma de “doença como incapacidade” (Nettleton, 2006, p. 71), o que poderá levar a que vejam estas doenças crónicas como pouco preocupantes, uma vez que a sintomatologia tende a revelar-se numa fase mais tardia da doença, podendo não ser sentida como incapacitante no presente. Esta falta de conhecimentos também se poderá relacionar com a dificuldade em associar uma doença a múltiplas causas (Nettleton, 2006, p. 21), ideia que está bem presente numa dúvida expressa por um participante do estudo (com doença crónica):

*“O meu pai não é, fazia tudo, ele gosta muito de praticar exercício, de praticar desporto, e tal, é uma pessoa um bocadinho, portanto em organizar certas coisas, sobretudo de comer, mas está com esse problema, por isso não sei se... eu julgava que se a pessoa fazia isso para evitar essa doença ele não teria, ah...” E21*

A partir desta afirmação, pode pensar-se a desinformação de alguns dos participantes (tanto com como sem doença crónica) em associação com alguma dificuldade em compreender estas doenças crónicas, que assentam numa lógica diferente das doenças agudas com as quais estão mais familiarizados, uma vez que estas representam o maior volume de doença nos seus países de origem no presente.

Para o surgimento das doenças crónicas aqui abordadas contribuem inúmeros fatores, sendo que a adoção de comportamentos preventivos não determina a ausência de doença (por exemplo: a picada do mosquito transmite malária e evitando a picada

pode evitar-se a doença, no entanto, múltiplos fatores de risco presentes na vida quotidiana contribuem para o surgimento de doenças crónicas mas a sua ausência/prevenção não garante a ausência de doença, que pode ser influenciada por outros fatores como a genética). Face a esta visão, uma pessoa que venha de uma realidade em que a doença é encarada maioritariamente como unicausal, poderá ter dificuldade em compreender as causas das doenças crónicas, tal como a sua prevenção e tratamento, ainda mais por serem doenças que apresentam consequências maioritariamente a longo prazo e cuja prevenção não garante infalivelmente a ausência de doença. Esta dificuldade de adaptação a novos conceitos de saúde é bem expressa num estudo acerca dos imigrantes guineenses em Lisboa que refere:

*“ao se depararem com universos culturais distintos e com as diferentes concepções sobre a saúde e a doença, formas diferentes de controlar o corpo e distintos discursos médicos, [os imigrantes guineenses] acabaram por moldar as suas experiências através da configuração destes infortúnios segundo a cosmogonia da sociedade de partida, que os explicam como uma má relação com espíritos”* (Lima, 2008)

#### *4.1.1.1 - Serviços de saúde como fonte de informação*

Os conceitos médicos não são estacionários, modificando-se através do contacto com uma nova realidade e uma nova cultura (Lima, 2008), processo que já foi abordado e defendido aquando da revisão bibliográfica, e que juntamente com os dados obtidos, justifica a existência de uma relação entre o pouco contacto inicial com o SNS português (onde estes imigrantes tendem a recorrer devido a episódios agudos esporádicos) e a não aquisição de mais conhecimentos relacionados com doenças crónicas, que constituem uma preocupação mais associada à realidade portuguesa do que à guineense. Por sua vez, esta forma de compreender a doença não despoleta a necessidade de participação em rastreios nem de seguimento ou vigilância frequentes da saúde, o que torna a contribuir para uma ausência de contacto frequente com profissionais de saúde, que poderiam mudar este paradigma. Assim, perpetua-se a visão trazida do ambiente de origem, que justifica a desatenção à informação relacionada com



as doenças crónicas e a ausência de ação em relação às mesmas, ainda que estes participantes já tenham imigrado há cinco ou mais anos para Portugal.

Assim, a menor manifestação de conhecimentos dos entrevistados sem doença crónica (comparativamente com os entrevistados com doença crónica) poderá estar associada com a manutenção deste paradigma, em que os serviços de saúde têm uma utilidade mais direcionada para o tratamento de episódios agudos de doença. Isto leva a crer que, também em Portugal, haverá uma utilização do SNS de acordo com os estes padrões, o que significa que, (1) se num destes episódios de acesso ao SNS devido a uma emergência percebida pelo utente não houver um diagnóstico de uma doença crónica ou qualquer outra problemática que exija seguimento posterior, (2) se não for introduzida esta problemática ainda que não seja diagnosticada uma doença crónica ou (3) se não forem realizados rastreios e ensinios de promoção da saúde dirigidos a esta população, estes imigrantes terão uma grande probabilidade de não alterar o seu paradigma de saúde/doença, não adquirindo conhecimento por outros meios.

#### *4.1.1.2 - Meios de comunicação social como fonte de informação*

Seria de esperar que através dos média fosse possível adquirir este tipo de informações, que parecem amplamente difundidas nos dias que correm, mas verificamos que a maioria dos entrevistados sem doença crónica, estão presentes em Portugal há cinco ou mais anos e apresentam grande dificuldade em falar acerca desta temática revelando poucos conhecimentos acerca da mesma. Este facto torna-se ainda mais relevante se tivermos em conta que os entrevistados se encontram numa faixa etária alvo de rastreios e divulgação de informações para prevenção e tratamento destas doenças, o que enfatiza a problemática da não apreensão da informação que pensamos estar presente diariamente e disponível a todos. Relativamente a esta temática, ainda deve ser tido em conta que estes imigrantes, apesar de revelarem um grande sentido de comunidade e referirem diversas vezes que são encaminhados por parentes ou amigos, não se isolam em guetos, pelo que não estão isolados da sociedade nem da informação divulgada pelos meios de comunicação social. É importante verificar esta realidade uma vez que, não tendo doença crónica (ou não a sentindo) e, consequentemente, não

recorrendo periodicamente aos serviços de saúde, esta informação poderá chegar através de dois canais principais: através dos episódios de contacto com o SNS por doença aguda ou através dos meios de comunicação social. Mas para que os media cheguem até este grupo de imigrantes, é necessário que estes estejam expostos à informação, ou seja, que não vivam isolados em comunidades fechadas. Relativamente a este assunto, verifica-se que os imigrantes guineenses podem ter atitudes diferentes no contexto da imigração, constituindo um de dois grupos: os que se identificam claramente com uma etnia e que são muito ligados ao país de origem, regressando frequentemente à Guiné-Bissau após alguns anos de estadia em Portugal; e outros que não se identificam com nenhuma etnia específica e tendem a apresentar uma maior adaptação à sociedade de acolhimento, fixando-se com maior facilidade e contribuindo em maior número para o surgimento de imigrantes de segunda geração (Có, 2008). Assim, os primeiros tendem a viver em comunidades mais fechadas, ao passo que os segundos apresentam uma maior abertura à sociedade de acolhimento, interagindo com maior facilidade e mais frequência (Có, 2008). No entanto, apesar dos guineenses apresentarem, em geral, uma forte ligação ao país de origem em termos sociais e culturais (Ndana, 2011), não foi encontrada nenhuma referência à constituição de guetos por estes imigrantes.

Não pode ser esquecido que a idade, a escolaridade e o tempo de estadia em Portugal podem contribuir para os resultados obtidos. Neste contexto, é relevante verificar que o grupo que apresenta mais conhecimentos também tem um tempo de estadia em Portugal superior, o que pode contribuir para uma melhor integração e consequente maior acesso a informação e a serviços de saúde. Por outro lado, ao apresentarem idade superior, poderão estar mais despertos para esta problemática, uma vez que é provável que se confrontem mais com as questões que envolvem doença, vida e morte. Quanto à escolaridade, não se considera que seja responsável por grandes desvios nas considerações anteriores, uma vez que as diferenças não são significativas.

#### *4.1.2 - Comportamentos de prevenção (conhecimento e adoção dos mesmos)*

Os comportamentos de prevenção são aqui comentados apenas relativamente aos entrevistados sem doença crónica, por motivos explicados anteriormente. É de esperar que os comportamentos de prevenção revelados pelos entrevistados sem doença crónica vão de encontro aos conhecimentos manifestados pelos mesmos acerca destas doenças, uma vez que o reconhecimento da doença crónica é o primeiro passo para a sua prevenção e o seu desconhecimento impossibilita a sua prevenção consciente.

Neste caso, uma vez que se verificou que a maioria dos participantes sem doença crónica manifestou pouco conhecimento relacionado com estas doenças, verifica-se igualmente que, em termos de prevenção, se encontram alguns indícios de falta de rastreio (dois entrevistados referem nunca ir ao médico em Portugal), presença de respostas ambíguas, em que não é possível perceber os conhecimentos e atitudes dos entrevistados, e desconhecimento de comportamentos de prevenção (quase metade dos entrevistados). Alguma ambiguidade das respostas relaciona-se com a ausência de resposta seguida de afirmação de conhecimento após explicação do entrevistador, levando a crer que os entrevistados estariam a agir de acordo com aquilo que pensam que seria esperado responder, ao invés de darem a sua opinião. Este é um facto que deve ser considerado, tendo em conta as características e limitações das entrevistas como instrumento de colheita de dados, sabendo-se que o conteúdo expresso nem sempre corresponde à realidade e à informação transmitida (não verbal).

Aqueles que identificam comportamentos de risco ou comportamentos de prevenção, associam-nos maioritariamente à alimentação. A falta de reconhecimento de comportamentos de prevenção poderá estar associada aos mesmos motivos que contribuem para o desconhecimento da doença em si, tratados acima. Também se pode associar à epidemiologia leiga, que coloca a prevenção de doenças no campo da sorte, uma vez que algumas pessoas de risco não têm doença e outras que não são de risco a têm, então a doença torna-se mais próxima de uma questão de sorte/azar do que de consequência de comportamentos (Davison et al, 1991; citado por Nettleton, 2006).

Assim, verifica-se que apenas uma minoria dos entrevistados manifestam conhecimento de comportamentos de prevenção. Apesar de se tratar de uma pequena

amostra, este desconhecimento poderá associar-se a uma ausência de prevenção e a um diagnóstico tardio, o que faz com que estas doenças não sejam controladas e possam originar maior morbilidade e/ou mortalidade.

Por outro lado, alguns dos entrevistados, quando questionados acerca de atitudes que podem ajudar a evitar a doença ou que promovem a saúde, apresentam ausência de resposta ou respostas ambíguas, com expressões de concordância apenas depois da enumeração dos mesmos pelo entrevistador. Isto poderá levar a crer que não existe uma relação (pelo menos consciente ou presente no momento da entrevista) entre adoção de comportamentos e prevenção de doenças ou promoção da saúde.

Ainda alguns dos entrevistados que parecem não ter presente esta associação (entre comportamento e doença), reconhecem já ter ouvido falar naquilo que são os fatores de risco para as doenças crónicas, ainda que não os interpretam como tal, identificando-os de forma mais vaga como coisas que, quando evitadas, estão associadas à saúde.

Para estes resultados pode contribuir a ideia de risco já mencionada, associada à sua mediatização, sendo o conceito de risco envolvido por uma complexidade e subjetividade que o pode tornar menos claro para a população em geral e, neste caso, podendo contribuir para a não associação entre riscos comportamentais e doença crónica. Também se pode associar aos presentes resultados a hipótese levantada no capítulo anterior, em que se considerava o facto de os participantes no estudo poderem ouvir a informação disseminada pelos média mas não a valorizar ou atribuir-lhe um significado diferente. O mesmo se pode passar com os fatores de risco, que alguns participantes dizem ter ouvido falar (metade diz ter ouvido algum tipo de informação na televisão) mas que, quando questionados, não conseguem enumerar ou não associam diretamente com a prevenção de doenças crónicas.

Também deve ser tido em conta que, neste grupo de participantes sem doença crónica, sete referem não ter qualquer tipo de acompanhamento regular por parte de profissionais de saúde, recorrendo ao SNS apenas em situações de doença aguda, onde provavelmente não lhes é dada informação referente a doenças crónicas e sua prevenção, prolongando o ciclo de desconhecimento acerca das mesmas. Destes

participantes sem acompanhamento regular por profissionais de saúde, apenas um revela conhecimentos relacionados com a prevenção de doenças crónicas (e apenas relativamente à diabetes), o que se traduz numa significativa falta de conhecimento.

Os restantes três participantes têm acompanhamento médico regular devido a outras patologias, sendo que um refere ver informações na televisão mas não se recorda de nenhuma, mas os restantes dois manifestam alguns conhecimentos relacionados com a prevenção de doenças crónicas, o que poderá confirmar a associação entre contacto regular com serviços de saúde e obtenção de informação, ainda que esse contacto não seja direccionado às doenças crónicas.

Apesar de se basearem numa pequena amostra, estes resultados apontam para uma lacuna de informação acerca desta problemática, apontando para a necessidade de intervir junto deste grupo de imigrantes, tendo em conta os possíveis ganhos em saúde que advêm da prevenção, diagnóstico e tratamento precoces das doenças crónicas.

#### *4.1.3 - Comportamentos de tratamento (conhecimento e adoção dos mesmos)*

Os comportamentos de tratamento são dirigidos aos entrevistados com doença crónica, uma vez que um tratamento só é necessário na presença de uma alteração, neste caso a presença de uma doença crónica. À exceção de dois entrevistados que referem desconhecer comportamentos de tratamento para a sua doença crónica, os restantes participantes deste grupo identificam comportamentos de tratamento, quer espontaneamente quer após referência por parte do entrevistador, o que revela um contacto anterior com esta informação e uma apreensão da mesma.

Estes participantes referem que a informação lhes foi dada essencialmente pelos profissionais de saúde, mas alguns também reconhecem o papel dos média da disseminação desta informação. Este número é semelhante aos dos participantes sem doença crónica que referem ter identificado algumas informações na televisão (cinco). Assim, em ambos os grupos de participantes existe algum reconhecimento do papel dos meios de comunicação social na disseminação de informação, mas verifica-se que os imigrantes com doença crónica apresentam mais conhecimentos e têm maior facilidade

em expô-los, apresentando uma forma de discurso mais fluente e menos confuso. Assim, os participantes com doença crónica parecem reter a informação divulgada nos meios de comunicação social ao passo que aqueles que não possuem doença crónica referem ter alguma lembrança mas verbalizam poucos conhecimentos. Mais uma vez, este facto poderá estar associado à importância que cada pessoa atribui às doenças crónicas à importância atribuída à informação que lhe chega acerca deste assunto, sendo que uma informação considerada importante será mais facilmente retida e aplicada, enquanto as informações consideradas triviais ou pouco importantes serão mais facilmente esquecidas.

Por outro lado, a presença de um número inferior de respostas ambíguas no grupo de entrevistados com doença crónica, e a presença de intervenções com frases mais longas e raciocínios mais claros, poderá ser outro indício de maior informação por parte dos participantes com doença crónica, pois revela que, em primeiro lugar, houve contacto com a informação mas que, mais importante ainda, esta foi percebida e valorizada, até porque a maioria destes participantes diz cumprir as indicações de tratamento dadas pelos profissionais de saúde, o que revela a compreensão da sua importância.

Neste tipo de colheita de dados, deve ser lembrado o risco dos entrevistados tenderem a responder de acordo com aquilo que sentem ser desejável ouvir pelo investigador, por desejarem agradar ou por se sentirem avaliados. Também se verifica que, quando questionadas acerca de questões de saúde, as pessoas se preocupam em expressar opiniões que se enquadrem em ideias médicas, (Nettleton, 2006) acertando as suas respostas com aquilo que pensam ser esperado ouvir. Assim, ainda que nem todos cumpram as indicações médicas que dizem cumprir, pode ver-se essas afirmações como um reconhecimento da importância desses comportamentos, uma vez que, mesmo não os cumprindo, reconhecem que seria esperado fazê-lo, o que implica reconhecimento da sua relevância.

Da grande maioria dos entrevistados que referem conhecer comportamentos de tratamento, apresentam-se dois casos que se afastam dos restantes. Ambos reconhecem algumas recomendações médicas relativamente ao tratamento da sua doença crónica, mas não apresentam alterações do seu comportamento em consonância com as mesmas.

Um entrevistado desvaloriza o papel comportamental, neste caso da alimentação, referindo que esta não impedia o avanço da doença, ou pelo menos o surgimento de sintomas que obrigavam a recorrer ao médico (E4), e o outro participante revela despreocupação, reconhecendo conselhos dos profissionais de saúde mas revelando pouca preocupação em segui-los (E9).

Estes são casos de aparente alienação do papel dos comportamentos no tratamento, revelando uma falha na comunicação entre os participantes e os profissionais de saúde e vice-versa, uma vez que os primeiros recorrem aos serviços de saúde devido à presença de doença crónica e, ainda assim, não parecem ter recebido ou apreendido esta informação. Estes dois casos relembram que o acesso a serviços de saúde e acesso a informação não são suficientes para aquisição de informação e alteração de comportamentos, apesar de tanto os serviços de saúde como os meios de comunicação social poderem (e deverem) ter um papel fundamental neste campo.

Neste contexto, verifica-se que o grupo de participantes com doença crónica utiliza mais frequentemente os serviços de saúde, sendo que seis referem seguimento pelo médico de família e dois por especialistas, o que parece resultar em mais informação, decorrente do maior contacto com profissionais de saúde (relativamente aos participantes sem doença crónica), que parece ter motivado uma alteração na interpretação da doença e no paradigma de tratamento da mesma. Estas informações podem levar a concluir que, dentro deste grupo de participantes, o contacto com os serviços de saúde no contexto da doença crónica constituiu um fator decisivo para a compreensão e aquisição de comportamentos de prevenção/tratamento. Assim, é de esperar a menor manifestação de conhecimentos por parte dos participantes sem doença crónica (que recorrem maioritariamente ao serviço de urgência para tratamento sintomático), sendo que estes terão mais dificuldade em adotar um paradigma de doença crónica. Paradigma esse que envolve uma necessidade de rastreio e prevenção de doenças que resultam de diversos riscos e exigem uma alteração de comportamentos no presente, que normalmente é desprazerosa, para diminuir a probabilidade de uma doença no futuro, que ainda assim é incerto. Pode dizer-se que se deteta aqui um ponto de viragem, que se situa no momento de diagnóstico de uma doença crónica que, na maioria dos casos estudados, significa o início de um seguimento de continuidade, com

criação de momentos oportunos para os profissionais de saúde transmitirem informação e para os utentes a apreenderem.

Importa ainda referir que os participantes que apresentam doença crónica encontram-se em Portugal há mais tempo, como abordado no capítulo anterior, fator que poderá ter contribuído para uma maior integração e maior obtenção de informação e contacto com os serviços de saúde. No que respeita à idade dos participantes, também se pode apontar a média de idades dos participantes com doença crónica (superior em cinco anos) como contributo para uma maior preocupação com as questões da doença crónica e maior reflexão acerca da saúde/doença e vida/morte, associada com a fase da vida em que se encontram e a inevitável expectativa de maior proximidade da morte.

#### *4.1.4 - Opinião acerca do SNS (comparado com os serviços de saúde da Guiné, tendo em conta facilidade de acesso, acompanhamento e qualidade dos cuidados)*

A opinião acerca do SNS português é maioritariamente positiva, existindo um reconhecimento alargado da qualidade dos cuidados de saúde em Portugal, com manifestações de confiança no tratamento e numerosas referências à presença de mais meios complementares de diagnóstico, melhores infraestruturas e maior número de profissionais qualificados. Os entrevistados também referem que, em Portugal, há informação mais cuidada por parte dos profissionais e que estes se relacionam com proximidade e atenção às necessidades dos utentes. Quanto ao acesso aos serviços de saúde em Portugal, alguns entrevistados referem que este é facilitado, não referindo barreiras de acesso. Uma opinião destaca-se das restantes, quando um participante refere descrença na abordagem do SNS em Portugal, o que muito provavelmente irá limitar o seu acesso ao mesmo.

Assim, verificamos que as opiniões relativas aos cuidados de saúde em Portugal são positivas, nomeadamente em termos de comunicação com os profissionais de saúde, que a larga maioria dos participantes refere ser a sua fonte de informação (algumas vezes a única) no que diz respeito a saúde, doenças e sua prevenção e tratamento. Apesar desta opinião positiva não se traduzir diretamente em conhecimentos e se verificar uma lacuna significativa em relação à sua presença (sobretudo no grupo dos



participantes sem doença crónica), contribuirá certamente para a utilização dos serviços de saúde quando sentida a necessidade para tal. Assim, face a esta visão lisonjeira do SNS, um importante ponto a reter está relacionado com esta “perceção de necessidade de recorrer aos serviços de saúde”, uma vez que seria importante que, principalmente nas idades dos entrevistados, houvesse uma noção de rastreio e prevenção que os levassem a recorrer aos profissionais de saúde, ao invés de manterem um paradigma de acesso apenas em caso de doença aguda ou experimentação de sintomas incapacitantes para o normal desempenho das tarefas diárias. Isto verifica-se nos participantes do estudo que, no caso de não terem doença crónica, referem nunca ir ao médico ou apenas recorrer em caso de urgência ou necessidade, sendo que apenas uma minoria refere ter acompanhamento médico frequente, devido a outras patologias diagnosticadas ou a intervenções cirúrgicas. Já no caso dos participantes com doença crónica, parece que o seu diagnóstico foi decisivo neste aspeto, como referido anteriormente, sendo que metade refere ter acompanhamento no centro de saúde para controlo da sua doença crónica e uma pequena minoria refere ter outro tipo de seguimento com médicos especialistas, no seguimento de alterações cardíacas. Neste grupo, apenas um par de participantes referem recorrer ao SNS apenas em situações de urgência. Mas este contacto nem sempre é suficiente, uma vez que verificamos que os conhecimentos dos participantes são reduzidos, o que aponta para a existência de barreiras de comunicação ou deficiente diagnóstico de necessidade de informação, tanto da parte dos utentes (que poderão não procurar a informação ou não a considerar importante) como dos profissionais (que poderão não compreender a necessidade de informação dos utentes ou o papel primordial que esta desempenha). São numerosos os estudos que avaliam as barreiras de acesso dos imigrantes aos serviços de saúde em Portugal – *“Barreiras no Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde pelos Imigrantes”* (Dias, Gama, Silva, Carcaleiro, & Martins, 2011), *“Equidade e Acesso aos cuidados de Saúde”* (Furtado & Pereira, 2010), *“Saúde e Imigração: Utentes e Serviços na Área de Influência do Centro de Saúde da Graça”* (Fonseca & Silva, 2010), *“Geografia da Saúde da População Migrante na Área Metropolitana de Lisboa”* (Andrade, 2008), entre outros – e muitos os programas que visam diminuí-las (como abordado ao longo da introdução). No entanto, neste grupo de participantes é possível verificar que o problema da informação

acerca das doenças crónicas é atual e necessita de intervenções, uma vez que as ações atuais parecem não estar a ir ao encontro deste grupo de imigrantes.

#### *4.1.5 - Influência do tempo de estadia em Portugal e influência do acesso a informação nas perceções e atitudes acerca das doenças crónicas*

Existem algumas referências de participantes em que já é possível verificar a influência do tempo de estadia em Portugal nas perceções e comportamentos. Alguns referem encontrar informações acerca de doenças crónicas noutros locais que não o médico, o que se manifesta como uma adaptação a novos meios de informação e/ou atenção àqueles que lhes são familiares, uma vez que na Guiné-Bissau não existem programas de divulgação desta informação.

Outros participantes parecem revelar uma alteração da sua visão de doença, sendo que um reconhece que, na Guiné, apenas se recorre aos serviços de saúde quando se sente a doença e outro refere que na Guiné existe maior dificuldade em cumprir alguns comportamentos de prevenção, por falta de acesso a alimentos adequados para uma alimentação equilibrada, por exemplo. Ambas as intervenções manifestam uma clara comparação entre as realidades na Guiné e em Portugal e revelam alguma reflexão acerca da necessidade de recorrer a serviços de saúde (no primeiro caso) e dos aspetos de prevenção das doenças crónicas (no segundo caso).

#### *4.1.6 - Limitações do estudo*

Em relação às limitações inerentes ao estudo, pode referir-se o tamanho da amostra selecionada, que tendo sido maior permitiria conclusões mais pormenorizadas, o que permitiria delinear intervenções no sentido de melhorar a realidade encontrada. A mais-valia seria encontrar aplicações práticas que se aplicassem à exploração da realidade.

Por outro lado, a seleção de participantes através da metodologia “bola de neve” poderá contribuir para a presença de entrevistados que convivem num ambiente semelhante, podendo originar uma seleção tendenciosa que poderá introduzir algum viés desconhecido ao investigador.

A colheita de dados utilizando a entrevista, tendo em conta que a entrevistadora é portuguesa e os entrevistados guineenses, poderá ter contribuído para algumas formas de dificuldade de perceção mútuas de expressões ou presença de significados diferentes da linguagem utilizada. Por outro lado, também poderá ter influenciado as respostas dos entrevistados que poderão sentir-se desconfortáveis face à participação no estudo, sentindo-se avaliados ou julgados pelas suas intervenções. Foram identificadas pelo entrevistador algumas manifestações de vergonha e introversão em algumas das participantes do sexo feminino, o que dificultou a colheita de dados e também constitui uma limitação associada às escolhas metodológicas. Ao longo das entrevistas, é de notar que existem poucas referências a mudanças dos pontos de vista/perceções acerca das doenças crónicas, apesar de todos os entrevistados terem sido questionados acerca dos mesmos. No entanto, parece que a larga maioria dos entrevistados não compreendia da forma esperada o que queria dizer com “ideia acerca de doenças”, como se este conceito não fosse claro. Este pode ser outro indício de existência de uma perspetiva de doença diferente entre entrevistado e entrevistador, o que é muito provável devido aos aspetos culturais que os distinguem, como tratado anteriormente.

Por outro lado, a influenciar os dados colhidos e, consequentemente, os resultados, está a experiência do investigador. Esta, sendo superior, poderia trazer uma maior maturidade na recolha de dados e condução da investigação.

A presença de um tradutor em duas das entrevistas também poderá influenciar o conteúdo das mesmas, devido às questões relacionadas com a confidencialidade e com a alteração do conteúdo expresso com a tradução. O tradutor esteve presente a pedido dos entrevistados, era guineense (dominava ambas as línguas) e foi informado acerca da necessidade de anonimato dos participantes, compreendendo a natureza do estudo, os seus objetivos e o que era esperado da sua participação – tradução sem adição de conteúdo.

Por último, a análise dos dados, apesar de ter sido realizada segundo a análise de conteúdo, está sempre sujeita a alguma sensibilidade de interpretação, quer no que diz respeito ao conteúdo expresso como na linguagem não-verbal, o que poderá introduzir alguma alteração nos resultados expostos.

## 4.2 - Conclusões

---

Em resposta às questões de investigação estabelecidas para o presente estudo, pode dizer-se que o grupo de participantes apresenta um défice de conhecimentos relacionados com as doenças crónicas, mais evidente naqueles que não apresentam doença crónica. Este défice de conhecimentos é relevante se tivermos em conta que estes imigrantes se encontram em Portugal há pelo menos cinco anos, encontrando-se dentro de uma faixa etária alvo de rastreios e convivendo com uma sociedade em que é reconhecido o peso da mortalidade e morbilidade das doenças crónicas, sobretudo das cardiovasculares. Também se encontram num ambiente em que é largamente publicitada a aquisição de estilos de vida saudáveis, estando expostos a inúmeras fontes de informação e um Serviço Nacional de Saúde que consideram ser de fácil acesso e ao qual reconhecem inúmeras qualidades. Tendo em conta todos estes fatores, que pesam no sentido da necessidade da obtenção de mais informação, podemos responder à segunda questão de investigação, sendo que se verifica que o tempo de estadia em Portugal influencia as perspetivas dos imigrantes da Guiné-Bissau em relação às doenças crónicas, mas não tanto como seria de esperar, tendo em conta o acesso à informação e a serviços de saúde, que é abruptamente diferente daquele a que estão habituados no seu país de origem.

Estas conclusões apontam para a presença de um conceito de doença maioritariamente baseado na manutenção de uma perspetiva de doença=incapacidade e a uma necessidade de acesso aos cuidados de saúde muito associada ao paradigma da doença aguda, procurando o alívio de sintomas e o tratamento de um episódio de doença, mais do que o seu seguimento. Também se verifica a baixa influência que os meios de comunicação social parecem ter no que diz respeito à transmissão de informações nesta área, sendo que o contacto com o SNS se mostrou definitivo na aquisição de conhecimentos. Assim, os profissionais de saúde deverão assumir uma responsabilidade acrescida como formadores para a saúde, uma vez que os resultados discutidos acima sugerem que em todos os contactos com o SNS se deveria fazer um investimento para a transmissão de conhecimentos, partindo da utilização dos serviços de saúde em caso de emergência como uma ponte para alteração de conceitos e

percepções. Este assunto é especialmente sensível se pesarmos na importância da informação na área das doenças crónicas (que é essencial para a sua prevenção, diagnóstico precoce e tratamento) e, por outro lado, nas perspetivas dos profissionais de saúde, que tantas vezes se vêm sobrecarregados e alegam falta de recursos humanos para um melhor desempenho das suas funções.

Por outro lado, justificando este défice de informação, encontramos também as informações dispersas nos meios de comunicação social, que por serem em grande quantidade podem gerar confusão. Além do mais estas informações são, por vezes, contraditórias, havendo um incentivo à adoção de um estilo de vida saudável, contraposto a uma forma de vida em que é aconselhado correr riscos, como parte de um processo de crescimento e satisfação pessoal (Nettleton, 2006). Ainda se verificou o peso da cultura e das crenças anteriores neste aspeto, sendo que quando ocorrem dúvidas ou contradições, estes imigrantes parecem tender a permanecer nas suas certezas e conceitos anteriores, ao invés de adotarem os da nova cultura (Morgan, Colnan, & Manning, 1985, p. 92).

Em resposta aos objetivos do estudo, verifica-se que as percepções acerca destas doenças variam bastante, sendo que os entrevistados com doença crónica manifestam mais informações. Também no que diz respeito aos comportamentos, verifica-se que os entrevistados sem doença crónica têm poucas informações acerca deste assunto, sendo que o aspeto mais predominante é a associação de uma alimentação saudável com a prevenção da diabetes. Muitos destes entrevistados não associam a adoção de um comportamento com a prevenção de uma doença crónica. Por outro lado, os participantes com doença crónica têm mais conhecimentos acerca do tratamento das doenças diagnosticadas, que foi atribuído em grande parte ao seguimento médico regular em Portugal (que a maioria diz ter) após o diagnóstico das mesmas. Verifica-se então que os imigrantes da Guiné-Bissau participantes no estudo recorrem ao SNS em consequência da sua doença, principalmente porque houve um encaminhamento para este seguimento, que se dá maioritariamente ao nível dos cuidados primários de saúde. Assim, verifica-se que há uma alteração mais significativa nas percepções e comportamentos daqueles que têm doença crónica.

Com o presente estudo, obteve-se um conjunto de resultados que é apenas verdadeiro para este grupo de participantes, mas que permite sugerir objetos para outras investigações mais detalhadas:

- Explorar a opinião dos profissionais de saúde acerca da falta de conhecimentos dos imigrantes guineenses no contexto das doenças crónicas
- Verificar em que fase da doença crónica é feito o diagnóstico nos imigrantes guineenses comparativamente com os portugueses (numa fase mais precoce ou tardia?)
- Explorar quais os meios de comunicação mais eficientes para informar este grupo de imigrantes

## *Bibliografia*

- Achutti, A., & Azambuja, M. I. (2004). Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. *Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Academia Sul-Rio-Grandense de Medicina*.
- Agyemang, C., Addo, J., Bhopal, R., Aikins, A. d., & Stronks, K. (2009). Cardiovascular disease, diabetes and established risk factors among populations of sub-Saharan African descent in Europe: a literature review. *Globalization and Health*.
- Aikins, A. d.-G., & al, e. (19 de Abril de 2010). *Tackling Africa's chronic disease burden: from the local to the Global*. Obtido em 5 de Junho de 2011, de Globalization and Health: <http://www.globalizationandhealth.com/content/6/1/5>
- AMI. (2011). *Ajuda Médica Internacional*. Obtido em 5 de Junho de 2011, de Missão Actual - Angola: <http://www.ami.org.pt/default.asp?id=p1p7p28p78&l=1>
- Andrade, I. M. (2008). *Geografia da Saúde da População Imigrante na área Metropolitana de Lisboa*. Lisboa: Alto Comissariado Para a Imigração e Diálogo Internacional.
- Banco Mundial. (2011). *The World Bank*. Obtido em 2 de Junho de 2011, de How We Classify Countries: <http://data.worldbank.org/about/country-classifications>
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bardin, L. (1997). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Biscaia, A. (2005). *Oficina de Trabalho sobre Desenvolvimento de Políticas de Recursos Humanos para Países Africanos de Expressão Portuguesa*. Sandton: Joint Africa Institute, World Bank Institute, World Health Organization.
- Campos, C. (Set/Out de 2004). Método de Análise de Conteúdo: Ferramenta Para Análise de Dados Qualitativos em Saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, pp. 611-615.
- CEIF. (2011). *Centro de Estudos da Indústria Farmacêutica*. Obtido em 21 de Junho de 2011, de Apifarma: [http://ceif.apifarma.pt/ceif.apifarma.pt/index.php?option=com\\_glossary&func=view&Itemid=31&catid=15&term=Ades%25E3o+%25E0+terapeutica.html](http://ceif.apifarma.pt/ceif.apifarma.pt/index.php?option=com_glossary&func=view&Itemid=31&catid=15&term=Ades%25E3o+%25E0+terapeutica.html)
- Có, J. R. (2008). Migração Guineense e Retorno: Um Mito ou Uma Realidade Desencorajada? *Revista Eletrónica Boletim do TEMPO, nº 11*, Rio de Janeiro.
- Coelho, I., & Leitão, S. (2008). O Risco e as suas Percepções: Modos de Produção e Reprodução no sector da Construção Civil. *VI Congresso Português de sociologia*.



Conley, D., McCord, G., & Sachs, J. (2007). Africa's Lagging Demographic Transition: Evidence from Exogenous Impacts of Malaria Ecology and Agricultural Technology. *NBER WORKING PAPER SERIES* No. 12892 .

Cooperação PALOP e Timor-Leste / UE. (2009). *PROJECTO "APOIO AO DESENVOLVIMENTO DOS RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE NOS PALOP"*. Cooperação PALOP e Timor-Leste / UE.

Correia, A. M. (2010). Políticas Oficiais de Cooperação. *III Congresso da CPLP sobre VIH/Sida e Infecções de Transmissão Sexual*. Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento.

Costa, P. (2009). Imigração em Portugal: Tendências Recentes - Os imigrantes guineenses, ucranianos e brasileiros no mercado de trabalho português. *Cadernos Curso de Doutoramento em Geografia FLUP* , pp. 117-140.

DGS. (Novembro de 1997). Consentimento Livre e esclarecido. *Revista Humanização em Saúde* , pp. 3-6.

DGS. (1999). Saúde em números. *Direcção Geral da Saúde* .

Diário da República. (9 de Março de 1979). *Diário da República Electrónico*. Obtido em 2 de Junho de 2011, de <http://dre.pt/util/pdfs/files/dudh.pdf>

Dias, M. I. (Dezembro de 2005). Uma Viagem Psicológica Pela Migração. *PsiLogos - Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca* .

Dias, S., & Rocha, C. (2009). Saúde sexual e reprodutiva de mulheres imigrantes africanas e brasileiras: um estudo qualitativo. *ALTO-COMISSARIADO PARA A IMIGRAÇÃO E DIÁLOGO INTERCULTURAL (ACIDI, I.P.)* , 35-39.

Dias, S., Gama, A., Silva, A. C., Carcaleiro, H., & Martins, M. O. (2011). *Barreira no Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde Pelos Imigrantes - A Perspectiva dos Profissionais de Saúde*. Obtido em 2 de Julho de 2012, de Acta Médica Portuguesa: <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2011-24/4/511-516.pdf>

Dicionário da Língua Portuguesa. (2011). *Infopédia*. Obtido em 3 de Junho de 2011, de Enciclopédia e dicionários: <http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/imigra%C3%A7%C3%A3o>

Duarte, R. (Março de 2002). Pesquisa Qualitativa: Reflexões Sobre o Trabalho de Campo. *Cadernos de Pesquisa, Nº115* , pp. 139-154.

Dussault, G., & al, e. (2010). *Análise dos Recursos Humanos Para a Saúde nos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa*. Lisboa: OMS.

ECA. (2001). *The state of demographic transition in Africa*. Etiópia: Economic Commission for Africa.

Falcão, L. (2002). *A Imigração em Portugal*. Lisboa: Delta Consultores.

Fekete, M. C. (2000). *A Qualidade na Prestação do Cuidado em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.

Fonseca, M. L., & Silva, S. (2010). *Saúde e Imigração: Utentes e Serviços na Área de Influência do Centro de Saúde da Graça*. Lisboa: Alto Comissariado Para a Imigração e Diálogo Intercultural.

Fonseca, M. L., Silva, S., Esteves, A., & McGarrigle, J. (2009). Rede de informação sobre boas práticas em cuidados de saúde para imigrantes e minorias étnicas na Europa - relatório sobre o estado da arte em Portugal. *Departamento de Geografia / Centro de Estudos Geográficos, Universidade de Lisboa*.

Fundo das Nações Unidas para a População 1993, citado por Ruivo. (2006). *A Imigração - Uma Visão Geral*. (p. 3). Coimbra: Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia.

Furtado, C., & Pereira, J. (2010). *Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde*. Documento anexo à elaboração do plano nacional de saúde 2010-2016: Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade Nova de Lisboa.

*Health Needs in the African Community*. (2009). Obtido em 25 de Junho de 2011, de African Services Committee: <http://www.africanservices.org/index.php/Our-Community/Health-Needs-in-the-African-Community>

Heckathorn, D., & Salganik, M. (2004). Sampling and Estimation in Hidden Populations Using Respondent-Driven Sampling. *Sociological Methodology, Vol. 34*, pp. 193-239.

Heckathorn, G. (Maio de 1997). Respondent-Driven Sampling: A New Approach to the Study of Hidden Populations. *Social Problems, volume 44, nº2*, pp. 174–199.

Henriques, M. A. (2010). Argumentos Para Uma Viagem Sem Regresso - A Imigração PALOP por via da Saúde: Um Estudo de Caso. *Observatório da Imigração - Teses 32*.

Horta, R., & Carvalho, A. (2007). O Gabinete de Saúde do Centro Nacional de Apoio ao Imigrante: uma estratégia de acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde. *Revista Migrações - Número Temático Imigração e Saúde ACIDI*, 179-186.

IFC. (2011). *O Negócio da Saúde em África: Parceria com o Sector Privado para Melhorar as Vidas das Populações*. International Finance Corporation - World Bank.

INE. (2002). *CENSUS 2001*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

infopédia. (2003-2012). *Infopédia*. Obtido em 2012 de Março de 20, de Enciclopédias e Dicionários Porto Editora: <http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/percep%C3%A7%C3%A3o>

Institute for Health Metrics and Evaluation. (2010). *Financing Global Health 2010: Development Assistance And Country Spending In Economic Uncertainty*. Seattle: IHME.

Junior, L. S. (jul/ago/set de 2004). Desconstruindo a definição de saúde. *Jornal do Conselho Federal de Medicina (CFM)* , pp. 15-16.

Kaushansky, K., Lishtman, M., Beutler, Kipps, T., Prchal, J., & Seligsohn, U. (2010). Part III. Epochal Hematology - A Primer on Aging. In *Williams Hematology - 8ª Edição*. Mc-Graw Hill Professional.

Lei de Bases da Saúde. (12 de Julho de 1990). *Portal da Saúde*. Obtido em 2 de Junho de 2011, de <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/enquadramento+legal/leibasessaude.htm>

Lima, L. (2008). Imigrante Guineenses em Lisboa: Padrões de Interação dos Reportórios da Cura e Ruptura. *Novos Mapas para as Ciências Sociais e Humanas*. Coimbra: revista electrónica e-cadernos ces.

Machado, F. L. (1998). Da Guiné-Bissau a Portugal: Luso-Guineenses e Imigrantes. In *Sociologia, Problemas e Práticas* (pp. 9-56). Lisboa: CIES-ISCTE / CELTA.

Matos, M. G., Gonçalves, A., & Gaspar, T. (2004). Adolescentes estrangeiros em Portugal: uma questão de saúde. *PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS* , 75-85.

Médicos do Mundo. (2011). *Projecto "Melhoria da Atenção Primária á Saúde"*. Obtido em 4 de Junho de 2011, de <http://www.medicosdomundo.pt/index.jsp?page=intervention&projectId=71>

Morgan, M., Colnan, M., & Manning, N. (1985). Lay interpretations and Responses to Illness. In *Sociological Approaches to Health and Medicine* (pp. 76-105). Sidney: Biddles Ltd, Guilford and King's Lynn.

Morgan, R., Pendleton, N., Clague, J., & Horan, M. (Julho de 1997). Older People's Perceptions About Symptoms. *British Journal of General Practice* , pp. 427-430.

Ndana, A. (17 de Novembro de 2011). Dados sobre a Guiné-Bissau e os guineenses em Portugal. *Jornal Online N Pincha* , pp. <http://www.jornalnopintcha.com/index.php/component/k2/item/120-dados-sobre-a-guine-bissau-e-os-guineenses-em-portugal>, consultado a 19 de Abril de 2012.

Nettleton, S. (2006). Chronic Illness and Disability. In S. Nettleton, *The Sociology of Health and Illness - segunda edição* (pp. 71-103). Cambridge: Polity Press.

Nettleton, S. (2006). Lay Health Beliefs, Lifestyles and Risk. In S. Nettleton, *The Sociology of Health and Illness* (pp. 33-70). Cambridge: Polity Press.

OIT. (1999). *Plataforma de Abidjan - Estratégias de Apoio às Mutualidades de Saúde em África*. Genebra: Editorial do Ministério da Educação Português.

Oliveira, J. V. (18 de Outubro de 2000). Entrevistas. *Universidade Autónoma de Lisboa* .

OMS. (2011). *About World Health Organization*. Obtido em 6 de Junho de 2011, de WHO Definition of Health: <https://apps.who.int/aboutwho/en/definition.html>

OMS. (2008). Comunicado de Imprensa da Representação da OMS, Nº9. *Conferência Internacional Sobre os Cuidados de Saúde Primários e os Sistemas de Saúde em África*. Praia.

OMS. (2011). *Global Status Report on Noncommunicable diseases 2010*. World Health Organization.

OMS. (2002). *Innovative care for chronic conditions: building blocks for action: global report*. World Health Organization.

OMS. (2002). *Plano Estratégico de Médio Prazo Para o Desenvolvimento de Recursos Humanos da Saúde dos PALOP 2002-2006*. Divisão do Desenvolvimento dos Sistemas e Serviços de Saúde.

OMS. (2005). *Preparing a health care workforce for the 21st century: the challenge of chronic conditions*. World Health Organization.

OMS. (2007). *Report Of The Global Survey On The Progress In National Chronic Diseases Prevention And Control*. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.

OMS. (2010). *World Health Organization*. Obtido em 21 de Junho de 2011, de Noncommunicable diseases - Health system response and capacity: <http://apps.who.int/ghodata/?vid=110001>

Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research and Evaluation Methods*. California: sage Publications.

Pereira, N. (2011). Cosmovisão e Biomedicina na Guiné-Bissau - Leituras à Depressão. In *Progress - 1º Seminário Sobre Ciências Sociais e Desenvolvimento em África*, 141 - 153.

Phipps, W. J., Sands, J. K., & Marek, J. F. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica, Sexta Edição*. Loures: Lusociência.

Plano para Integração dos Imigrantes. (3 de Maio de 2007). *Diário da República, 1ª série, Nº85*, pp. 1-6.

Política Nacional de Saúde de Cabo Verde. (2007). *Política Nacional de Saúde - Reformar Para Uma Melhor Saúde*. Praia: Ministério da Saúde de Cabo Verde.

Rocha-Trindade, M. B. (2010). A integração dos imigrantes na União Europeia.

Rodin, J., & Langer, E. (Primavera de 1980). Aging Labels: The Decline of Control and the Fall of Self-Esteem. *Journal of Social Issues*, pp. 12-29.

Sachs, I. (1989). Aculturação. In *Enciclopédia Einaudi, Vol 38* (pp. 416-429). Lisboa: Civilização.

Santinho, M. C. (2006). Contextos Migratórios, Particularidades Culturais e Abordagens específicas no Campo da Saúde. *Terceiro congresso da associação portuguesa de antropologia*. Lisboa: <http://www.apantropologia.net/publicacoes/actascongresso2006>, consultado a 22 de Junho de 2011.

Santinho, M. C. (2006). *Contextos Migratórios, Particularidades Culturais e Abordagens específicas no Campo da Saúde*. Câmara Municipal de Loures.

SCLIAR, M. (2007). História do Conceito de Saúde. *Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*, pp. 29-41.

SEF. (2010). *Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo, 2009*. Lisboa: Serviço de Estrangeiros e Fronteiras.

Soares, J. (2011). *A Metodologia do Trabalho Científico*. Obtido em 8 de Junho de 2011, de Faculdade Fabrai - Minas Gerais: [www.jjsoares.com.br](http://www.jjsoares.com.br)

Teller, C., & Assefa, H. (2011). *The Demographic Transition and Development in Africa*. Washington: Springer.

Tiroco, R. (2004). *Histórias de Vida: Um Método Qualitativo de Investigação*. Portugal: Agência Piaget Para o Desenvolvimento.

Valente, O. (18 de 10 de 2000). *Entrevistas*. Obtido em 30 de 07 de 2012, de UALG: <http://w3.ualg.pt/~jvo/ep/entre.pdf>

Wood, R., & Eteni, L. (2003). AFRICAN IMMIGRANT PROJECT. *Public Health - Seattle and King County*.

Young, F., & al, e. (14 de Setembro de 2009). *A review of co-morbidity between infectious and chronic disease in Sub Saharan Africa: TB and Diabetes Mellitus, HIV and Metabolic Syndrome, and the impact of globalization*. Obtido em 5 de Junho de 2011, de Globalization and Helth: <http://www.globalizationandhealth.com/content/5/1/9>

### *Lista de figuras e quadros*

---

| <b>Página</b> | <b>Quadro/Figura</b> | <b>Descrição</b>                                                                               |
|---------------|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>17</b>     | Quadro 1             | Listagem dos indicadores referentes à fase de transição epidemiológica e demográfica dos PALOP |
| <b>47</b>     | Quadro 2             | Listagem das características sociodemográficas dos entrevistados sem doença crónica conhecida  |
| <b>48</b>     | Quadro 3             | Listagem das características sociodemográficas dos entrevistados com doença crónica conhecida  |
| <b>30</b>     | Figura 1             | Quadro conceitual                                                                              |

---

## *Anexo I*

---

### *Guião da entrevista*

#### Caracterização sócio-demográfica:

- Género
- Idade
- Cidade de origem
- Escolaridade
- Profissão
- Tempo de estadia em Portugal
- Idade que tinha ao imigrar

---

#### Questões

- Ultimamente tem recorrido ao médico?
  - Que diferenças encontra entre os serviços de saúde em Portugal e na Guiné-Bissau?
  - Acha que em Portugal existem informações disponíveis sobre doenças e sobre como ser mais saudável (na televisão, nas revistas e jornais, nas consultas do centro de saúde ou do hospital, na publicidade)?
    - Pode falar sobre alguns sítios onde se pode encontrar essas informações (onde as procura ou procurava se precisasse)?
  - Existem alguns problemas de coração que, depois de aparecerem, nunca se tratam completamente. Conhece alguém que tenha um problema assim?
    - Você tem algum problema de saúde assim?
    - Sabe se existe alguma coisa que pode fazer para não sofrer com essas doenças de coração (caso não tenha doença crónica cardiovascular), ou para ajudar a tratá-las (caso tenha doença crónica cardiovascular)?
      - Costuma fazer isso? (se não, que barreiras encontra; se sim, se
-

---

encontra vantagens nisso)

- Acha que as pessoas costumam seguir esses conselhos para melhorar a saúde?
    - E as pessoas que conhece que tenham vindo da Guiné-Bissau, costumam fazer essas coisas que ajudam a tratar a doença ou a preveni-la? O que os leva a fazer/não fazer isso?
  - Já falámos algumas coisas sobre as doenças de coração. As informações que tem sobre isso ouviu-as onde?
  - Esta ideia que tem sobre as doenças de coração que ficam para toda a vida é igual desde que veio da Guiné-Bissau?
  - Acha que ter vindo para Portugal alterou alguma coisa na sua saúde ou nas coisas que sabe sobre ser saudável e tratar doenças?
-



## *Anexo II*

Infraestruturas, políticas, estratégias e planos de ação dirigidos às doenças crónicas:

|                                                                                                                                 | Angola | Cabo Verde | Guiné-Bissau | Moçambique | São Tomé e Príncipe |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------------|--------------|------------|---------------------|
| <b>Infraestruturas</b>                                                                                                          | -      | +          | +            | +          | +                   |
| <b>Políticas, Estratégias e Planos de Ação dirigidos às doenças crónicas mais prevalentes e aos principais fatores de risco</b> |        |            |              |            |                     |
| - Doenças cardiovasculares                                                                                                      | -      | +          | -            | +          | -                   |
| - Cancro                                                                                                                        | -      | -          | -            | +          | -                   |
| - Doenças respiratórias crónicas                                                                                                | -      | +          | -            | +          | -                   |
| - Diabetes                                                                                                                      | -      | -          | -            | +          | -                   |
| - Excesso de consumo de álcool                                                                                                  | -      | +          | -            | +          | -                   |
| - Excesso de peso e obesidade                                                                                                   | -      | +          | -            | +          | -                   |
| - Atividade física insuficiente                                                                                                 | -      | +          | -            | +          | -                   |
| - Consumo de tabaco                                                                                                             | -      | +          | -            | +          | -                   |
| <b>Vigilância</b>                                                                                                               |        |            |              |            |                     |
| - Existência de um registo de casos de cancro (* em algumas regiões)                                                            | + *    | -          | -            | + *        | -                   |
| - Vigilância dos principais fatores de risco (excesso de consumo de                                                             | -      | +          | -            | +          | +                   |

|                                                                                                                                     |                                                                                                           |                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| álcool, dieta desequilibrada, inatividade física e consumo de tabaco)                                                               |                                                                                                           |                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Gestão das doenças crónicas</b>                                                                                                  |                                                                                                           |                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                   |
| - Disponibilidade e estádio de implementação de guidelines, protocolos ou normas para a gestão da diabetes                          | Indisponível                                                                                              | Disponível e parcialmente implementado                                                                                                                                      | Indisponível                                                                                                                                                                                               | Disponível e parcialmente implementado                                                                                                                                                                                                                      | Indisponível                                                                                                                                                                                                                      |
| - Disponibilidade e estádio de implementação de guidelines, protocolos ou normas para a gestão da hipertensão                       | Indisponível                                                                                              | Disponível e parcialmente implementado                                                                                                                                      | Indisponível                                                                                                                                                                                               | Indisponível                                                                                                                                                                                                                                                | Indisponível                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Testes relacionados com o rastreio e diagnóstico das doenças crónicas ao nível dos cuidados de saúde primários</b>               | Palpação mamária ou mamografia, testes laboratoriais para diagnóstico da diabetes e medição do colesterol | Palpação mamária ou mamografia, testes laboratoriais para diagnóstico da diabetes                                                                                           | Citologia, exame digital ou colonoscopia para diagnóstico de cancro intestinal, palpação mamária ou mamografia, testes laboratoriais para diagnóstico da diabetes e medição do colesterol e ecocardiograma | Palpação mamária ou mamografia, testes laboratoriais para diagnóstico da diabetes e medição do colesterol                                                                                                                                                   | Testes laboratoriais para diagnóstico da diabetes                                                                                                                                                                                 |
| <b>Disponibilidade de terapêutica relacionada com o tratamento das doenças crónicas no sector público</b>                           | Aspirina, betabloqueantes, salbutamol, prednisolona.                                                      | Insulina, aspirina, glibenclamida, diuréticos, IECA's, betabloqueantes, bloqueadores dos canais de cálcio, salbutamol, prednisolona, hidroclotisona, brometo de ipratrópio. | Insulina, aspirina, glibenclamida, diuréticos, IECA's, betabloqueantes, salbutamol, prednisolona, hidroclotisona.                                                                                          | Insulina, aspirina, glibenclamida, metformina, diuréticos, IECA's, betabloqueantes, bloqueadores dos canais de cálcio, salbutamol, prednisolona, hidroclotisona, brometo de ipratrópio, corticoesteróides inalatórios, tamoxifeno, estatinas, morfina oral. | Insulina, aspirina, glibenclamida, metformina, diuréticos, IECA's, betabloqueantes, bloqueadores dos canais de cálcio, salbutamol, prednisolona, hidroclotisona, brometo de ipratrópio, corticoesteróides inalatórios, estatinas. |
| <b>Procedimentos relacionados tratamento de doenças crónicas no sector público (radioterapia, quimioterapia, transplante renal)</b> | -                                                                                                         | -                                                                                                                                                                           | -                                                                                                                                                                                                          | -                                                                                                                                                                                                                                                           | -                                                                                                                                                                                                                                 |

|                                                                                                                 |   |   |   |   |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| <b>Capacidade de resposta, parcerias e promoção da saúde</b>                                                    |   |   |   |   |   |
| - Existência de parcerias ou colaborações para implementação de atividades relacionadas com as doenças crónicas | + | + | - | + | - |
| - Implementação de medidas fiscais para influenciar a mudança de comportamentos                                 | - | + | - | + | - |

(OMS, 2010)